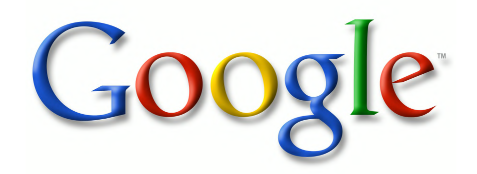
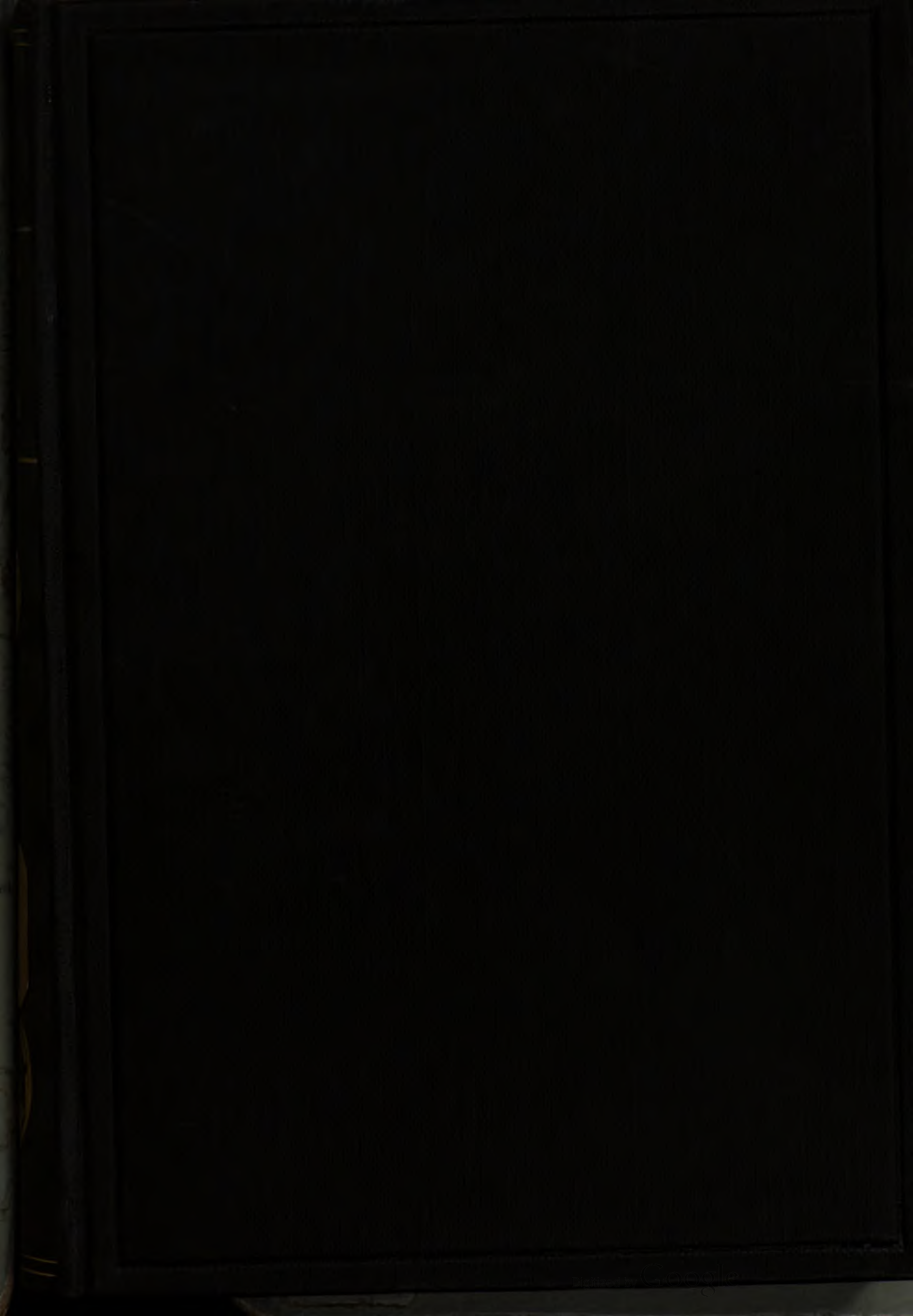




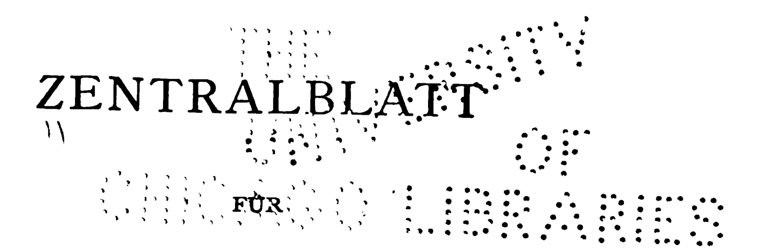

Cres
cat Sci
entia
Vita
Exco-
latur






Cres
cat Sci
entia
Vita
Exco-
latur





ZENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

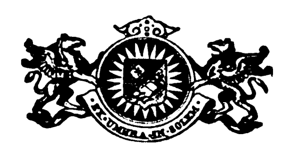
EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

SAN.-RAT DR. E. GRAETZER
IN FRIEDENAU-BERLIN.

19. JAHRGANG 1914.



LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1914.

Inhaltsverzeichnis des 19. Jahrganges.

Originalien.

Referate.







Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

19. Jahrgang. 1. Januar 1914. Nr. 1.

I. Originalbeiträge.

Alopecia atrophicans bei Kindern.

Von

Prof. Dr. **Max Joseph**

in Berlin.

Das Studium der Haarkrankheiten hat weder bei Kindern noch bei Erwachsenen die ihnen gebührende Beachtung gefunden. Ganz besonders bei Kindern tröstet man sich oft damit, daß mit zunehmendem Wachstum auch ein Ausgleich dieser nicht zu auffälligen Störungen des Haarbodens erfolgen werde. Vielleicht ist aber schon bei Kindern der Grund zu den späteren, nicht mehr reparablen Veränderungen gelegt, und während wir im mittleren Lebensalter oft dem rapiden Haarausfall mit verschränkten Armen zusehen müssen, wäre möglicherweise eine Heilung leichter zu erreichen, wenn wir in den früheren Lebensjahren eingreifen könnten. Ich meine hiermit ganz besonders die Alopecia seborrhoica, deren spätere, so sinnfällige Hyperkeratisation der Haarwurzelscheiden vielleicht schon ihren Ursprung in abnormen Zellstörungen der Kindheit, vielleicht in Hyperoxydationsvorgängen hat.

Wenn dies auch vorläufig Theorie ist und nicht exakt bewiesen werden kann, so sehen wir bei der uns heute beschäftigenden Haarerkrankung ganz sicher den Ursprung schon im Kindesalter einsetzen und mit dem zunehmenden Lebensalter fortschreiten. Es ist merkwürdig, daß eine so sinnfällige Affektion wie die Alopecia atrophicans verhältnismäßig erst seit kurzer Zeit eingehende Beachtung gefunden hat. Aber noch mehr waren wir erstaunt, daß wir diese Haaratrophie meist erst in einem weit vorgeschrittenen Stadium zu sehen bekamen. Zum Unterschiede von den entwickelten Formen der Alopecia seborrhoica, bei welchen der Kopf glatt wie eine Billardkugel ist und nur noch am Hinterhaupt ein Kranz von Haaren an die einstige Schönheit des lockigen Hauptes erinnert, sehen wir hier unregelmäßig vielgestaltige unbehaarte Stellen, gleich einer Landkarte, auf die ein Archipel eingezeichnet ist (Sabouraud). Man kann mit Brocq, der diese Affektion zuerst als Pseudopelade beschrieben hat, drei Unterabteilungen unterscheiden, die großfleckige, die kleinfleckige und die gemischtfleckige Alopecia atrophicans. Die Form der Flecke ist, wie er mit Recht betont, der größten Mannigfaltigkeit unterworfen. Kleine, stecknadelkopfgroße, linsen- bis erbsengroße wechseln ab mit 3—5 mark-

stückgroßen Flecken. Manche sind rund, andere nierenförmig, unregelmäßig ausgebuchtet, kurzum jede denkbare Form tritt auf. Oft bietet der Kopf den Anblick dar wie ein Stück Papier, auf dem viele große und kleine Tintenspritzer unregelmäßig verteilt sind. Die großfleckige Unterart steht der Häufigkeit nach in der Mitte der drei Abarten. Sie entsteht aus kleinen Stellen, die peripher fortschreiten, oder aus dem Zusammenfluß mehrerer kleiner Stellen. Neben ihnen findet man kleine bis kleinste, etwa wie am Firmament Sterne verschiedener Größe zu sehen sind. Die kleinfleckige Form kommt im Endstadium recht selten vor. Als Anfangsstadium tritt sie natürlich am häufigsten auf, bis sie durch Weiterschreiten des Prozesses in die großfleckige oder gemischte Gruppe einrückt.

Meist bestehen bei Beginn der Krankheit gar keine subjektiven Symptome, zuweilen wurde über mäßiges Jucken und Brennen geklagt. Die kahlen Stellen heben sich durch ihre wachsbleiche Farbe von der Umgebung ab, oft ist über die ganze Stelle noch ein zarter rosiger Hauch ausgegossen. Hier sind wahrscheinlich die Gefäße noch gut erhalten, wodurch das Stehenbleiben einzelner Haare erklärlich wird. Die dünnen, atrophischen und deformierten Haare lassen sich leicht herausziehen und sind oft abgebrochen, so daß nur kurze Stümpfe noch über die Oberfläche hervorragen. Betrachtet man ein Haar unter der Lupe, so findet man das Haar von einer glasig gequollenen inneren Wurzelscheide umgeben.

Der anatomische Vorgang geht nach den Untersuchungen Lenglets in der Weise vor sich, daß ein entzündlicher perivasculärer Prozeß schließlich zu einer Atrophie des kollagenen und elastischen Gewebes mit zahlreichen erweiterten Lymphräumen führt. Nobl fand bei einem seit $1^1/_2$ Jahren an Ausbreitung zunehmenden Krankheitsfalle entzündliche infiltrative Veränderungen im Gebiete des tieferen Cutisgerüstes. Bedeutend erweiterte Gefäßschlingen mit gequollenem, aufgelockertem, endothelialem Belag wurden von dichten Rundzellenzügen durchsetzt. Daneben wiesen zahlreiche Fibroblasten, ödematös gequollene Fibrillenzüge und erweiterte Saftspalten auf den im Gange begriffenen Organisationsvorgang hin. Vom epithelialen Bezuge der Haarfollikel waren kaum mehr als abgeplattete, verkürzte Zellnester hier und da erhalten geblieben. Die Haarbalgmuskeln waren als geschrumpfte und verkürzte Fibrillen in sklerosierte Bindegewebszüge eingemauert, die elastischen oberflächlichen Netze zu fragmentierten, flach gestreckten Resten aufgelöst.

Es findet hier also ein ganz anderer Vorgang statt, als wir es bei einer anderen zur Kahlheit führenden Affektion des Kopfes bei Kindern sehen, bei den Pili annulati, den Ringelhaaren. Hier finden sich abwechselnd knotige Anschwellungen mit Einschnürungen, und an dieser letzteren Stellen brechen die Haare ab. Infolgedessen macht der kindliche Kopf einen kahlen Eindruck, aber man sieht noch in den Follikeln die Hornstümpfe der Haare stecken. Ganz anders bei der Alopecia atrophicans, wo die atrophische Haut sich leicht in Falten legen läßt, aber Haarfollikel überhaupt nicht mehr zu entdecken sind. Daher ist die Diagnose gegenüber einer Alopecia areata leicht zu stellen, wenn man folgendes kleine Merkmal beachtet. Bepinselt man einen Alopecia

areata-Fleck mit Chrysarobin-Traumaticin, so erscheinen die gelblichen, punktförmigen Niederschläge desselben an hunderten kleiner Follikel; bei der Alopecia atrophicans fehlen sie vollkommen. Dieses kleine diagnostische Merkmal läßt uns bei der Differentialdiagnose kaum im Stich.

Nun betonte ich schon oben, daß wir oft erstaunt sind, weit ausgebreitete Fälle von Alopecia atrophicans bei Erwachsenen zu finden, ohne daß diese uns angeben können, wie lange sie schon die Affektion an sich beobachtet haben. Meist wissen sie nichts Bestimmtes darüber auszusagen. Jedenfalls scheint es ihnen meist ungeheuerlich, wenn der Arzt sie fragt, ob vielleicht die Anfänge der Kahlheit seit der Kindheit herrühren. Und doch ist dem so. Das haben allerdings die meisten Ärzte auch nicht gewußt, und nur wenige waren in der Lage, solche Beobachtungen anzustellen. Indessen verdanken wir den eingehenden und mühevollen Untersuchungen Dreuws diese zweifellos heute als sicher festgestellte Tatsache, daß viele Fälle von Alopecia atrophicans schon in der Kindheit beginnen. Er hat diese Form zwar als Alopecia parvimaculata bezeichnet, und ich finde diesen Namen auch vollkommen berechtigt. Aber ich glaube in der Annahme nicht fehlzugehen, daß in diesem von Dreuw beschriebenen Prozesse die Anfänge der später so überraschend für unser Auge sich entwickelnden Formen der Alopecia atrophicans zu suchen sind.

Die Kenntnis der Frühstadien einer Erkrankung ist aber natürlich von äußerster Wichtigkeit, wenn wir an eine Heilung derselben denken wollen. In späteren Stadien ist nach meiner Erfahrung jede Therapie aussichtslos. In den frühen Stadien der Alopecia parvimaculata halte ich es aber für ersprießlich, sich der Vorschläge Arndts zu erinnern, welcher glaubt, durch längere Zeit fortgesetzte Anwendung von zweimal täglich vorgenommenen heißen Seifenwaschungen und einer 10% Schwefelzinkpaste das Fortschreiten des Prozesses für längere Zeit aufhalten zu können. Mocafighe konnte sogar Heilung erzielen durch die zwei Monate lang fortgesetzte, etwa 10 Minuten dauernde Anwendung von Hochfrequenzströmen. Dreuw empfiehlt zweimal tägliches Betupfen mit Ol. Rusci 20,0, β-Naphtol, Acid. salicyl, Resorcin. ana. 4,0, Ol. Ricini 30,0, Spirit. saponat. ad 200,0 und Einsalben für die Nacht mit Sulfur. praecip. 10,0, Resorcin. 4,0 Vaselin ad 100,0.

Aber noch nach einer anderen Richtung ist die Kenntnis der Alopecia atrophicans für uns von größtem Werte. Man hat bei Erwägung der Ursachen der Alopecia areata häufig geglaubt, nicht eine neuropathische Grundlage, wie ich es tue, sondern eine parasitäre annehmen zu können. Zum Beweise dessen hat man auf mehr oder weniger große Endemien, z. B. in Barbierläden, hingewiesen. Ich nehme gewiß nicht die an manchen schweren hygienischen Mißständen noch krankenden Barbierläden in Schutz. Aber mir schien es immer, als ob diese Annahme nicht richtig wäre, und ich persönlich habe mich nie von einer Ansteckung der Alopecia areata im Barbierladen überzeugen können. Dagegen haben schon früher französische Ärzte bei Erwähnung solcher angeblichen Übertragungen unbewußt auf eine klinische Abweichung des Krankheitsbildes aufmerksam gemacht, indem sie das

Wort „Alopecie pseudotondante“ bei diesem immerhin selten zur Beobachtung gelangenden Vorkommnis prägten. Ich möchte nun annehmen, daß unter den angeblichen Fällen von Übertragung der Alopecia areata vielleicht eine gewisse Zahl der Alopecia atrophicans zu rechnen sind und somit die parasitäre Ätiologie der Alopecia areata noch mehr als bisher in der Luft schwebt. Man wende nicht ein, daß die Differentialdiagnose leicht ist. Nein, das ist sie nicht. Dreuw hatte keineswegs geringe Schwierigkeiten mit der Anerkennung seiner Alopecia parvimaculata, und viele Ärzte verhalten sich auch heute noch ablehnend. Es gehört eine genaue Beobachtung dazu, um die Alopecia areata von der Alopecia atrophicans abzusondern.

Literatur.

Arndt, Dermat. Ztschr. 1908. Bd. 15.
Brocq, Annal. de Dermat. 1905.
Dreuw, Mon. f. prakt. Dermat. 1910 Bd. 51 z. Dtsch. Med. Woch. 1913. No. 45.
Joseph, Max, Lehrbuch der Haarkrankheiten, Leipzig, Barth, 1910.
Lenglet, Annal. de Dermat. 1905.
Mocafighe, Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1902.
Nobl, Klin. therapeut. Wochenschr. 1913. Bd. 38.
Sabouraud, Maladies du cuir chevelu. Paris, Masson, 1904.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Archiv für Kinderheilkunde. 60. und 61. Band. Zugleich Festschrift für Adolf Baginsky. (Fortsetzung.)

S. Felsenthal (Mannheim), Die Säuglingssterblichkeit in der Statistik des Großherzogtums Baden. Es besteht ein auffallender Parallelismus zwischen Geburtenhäufigkeit und Säuglingssterblichkeit. In den Bezirken mit der höchsten Säuglingssterblichkeit finden sich auch die höchsten Ziffern der Sterblichkeit an Tuberkulose. Die Säuglingssterblichkeit geht in Baden seit Beginn dieses Jahrhunderts in Stadt und Land ständig zurück, und zwar in den Städten stärker als auf dem Land. Vor allem sinkt die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge. Mehr als die öffentliche Fürsorge ist der Geburtenrückgang wirksam. Hecker.

Rudolf Fischl (Prag), Erinnerungen aus den Lehr- und Wanderjahren. Liebenswürdige Aufzeichnungen des erfahrenen Pädiaters, die besonders den Gegensatz des geselligen Verkehrs innerhalb der Pädiatrie von heute und von „damals“ betonen. Hecker.

Ragnar Friberger (Upsala), Über die Entwicklung von Puls und Blutdruck im späteren Kindesalter. Die mit der Pubertätsentwicklung zusammenhängende Periode von hastiger Zunahme des Gewichts und der Körperlänge bei Knaben und Mädchen wird von einer sprungartigen Erhöhung des Blutdrucks eingeleitet, die

mit der fortlaufenden Zunahme an Länge und Gewicht nicht Schritt hält, sondern bald stehen bleibt oder gar zurüchgeht. Die physiologische Kinderarrythmie folgt demselben Entwicklungstypus wie der Blutdruck, während die Pulsfrequenz mit der Entwicklung eine gleichmäßige Abnahme zeigt. Hecker.

Th. Gluck (Berlin), Entwicklung und moderne Aufgaben der Chirurgie der Peritonitis. (Mit 15 Abbildungen.) Die Anwendung der Gluckschen Apparate mit permanenter Bespülung und Belichtung des Bauchfelles haben eine Reform der Bauchhöhlen-Chirurgie gebracht. Die Arbeit birgt für den Chirurgen eine Fülle von Interessantem, ist aber zum Referat an dieser Stelle nicht geeignet. Hecker.

H. Helbich (Berlin-Schöneberg), Zahnschmelzdefekte in ihren Beziehungen zu Rachitis und den spasmophilen Zuständen des Säuglings und des späteren Kindesalters. Von 32 mit Krämpfen behaftet gewesenen Kindern hatten 21, also 66% Zahnerosionen, und zwar hatten von diesen 21 Kindern 17 keine nachweisbaren Reste von Rachitis, und bei 9 von diesen 17 ließ sich auch nicht durch die genaue Anamnese irgend etwas von Rachitis ausfindig machen. Die Stärke der Erosionen erscheint viel weniger von der Rachitis abhängig als von Krämpfen. Hecker.

Walter Usener, Über Luftschlucken besonders beim Säugling. (Zeitschr. f. Kinderheilk. 1912 B. 5. Heft 5 S. 440.) Die tägliche Erfahrung lehrt, daß Säuglinge, die etwa $1/2$—$1 1/2$ Stunden nach der Mahlzeit von der Pflegerin getragen oder zu Untersuchungszwecken aufgerichtet werden, fast regelmäßig mehr oder weniger aufstoßen. Flesch und Peteri haben nun in einer größeren Reihe von Magenuntersuchungen bei Säuglingen am Röntgenschirm das Auftreten einer Luftblase als Regel festgestellt. Sie sahen die Luftblase mit dem ersten Schluck erscheinen, im Verlauf des Trinkens größer werden, bis sie etwa $1/3$—$1/4$ des Magenhohlraumes ausfüllte. Im leeren Magen fehlte die Luftblase. Es war kein Unterschied zwischen Flaschen- und Brustkindern erkennbar. Jedoch erklären sie, ohne vorerst einen Grund dafür angeben zu können, „daß individuelle und graduelle Unterschiede dieser Erscheinung nicht von der Hand gewiesen werden können.“ Bei älteren Kindern (1—14 Jahre) fanden sie nur eine unbedeutende Luftblase.

Alwens zeigte durch Untersuchung am Röntgenschirm, daß Säuglinge bei flüssiger Nahrung mehr Luft verschlucken als bei breiiger. Es handelt sich dabei sicher um ein unwillkürliches Verschlucken der hinter dem Gaumen frei vorhandenen Luft. Dabei kommt als unterstützendes Moment die Rückenlage in Betracht. In pathologischen Fällen dürfte auch das Verhalten der Nase von Bedeutung sein. Verfasser hat 3 Säuglinge mit Lippengaumenspalte gesehen, die nach der Operation zur Nachbehandlung kleine feste Tampons in beide Nasenlöcher eingeführt bekamen. Die Ernährung erfolgte mit Pipette und Löffel, und sobald das Kind gut trank, auch mit dem Sauger. Zu dem ersten Kinde, das sich sonst sehr gut befunden hatte, wurde U. in der Nacht eilig gerufen; es war während des Trinkens,

das kräftig mit dem Sauger erfolgt war, noch ehe es etwa 50 ccm getrunken hatte, zunehmend blaß und apnoisch geworden. Das Kind war totenbleich ohne jedes Zeichen von Zyanose und zeigte einen in der Magengegend ganz aufgetriebenen Leib. Der Tod war bereits erfolgt. Die Sektion ergab einen enorm geblähten Magen und Zwerchfellhochstand (beiderseits bei der 3. Rippe). Wahrscheinlich war der Tod infolge Herzstillstand durch Verdrängung und Kompression der Lunge und des Herzens eingetreten. Das zweite und dritte Kind zeigte ähnliches Verhalten, nur daß bei dem einen einmal, bei dem anderen zweimal durch sofortige Magensondierung die Luft entfernt war und beide Kinder erhalten werden konnten. In der folgenden Zeit wurde von der Nasentamponade abgesehen. U. meint, daß beim Schlucken geringe Mengen Nahrung mit viel Luft verschluckt wurden, oder aber es könnte bei dem Schluckakt die in dem besonders weiten, infolge des Gaumendefekts nach vorne oben offenen Rachenraum reichlich vorhandene Luft nicht nach der Nase hin ausweichen und wurde mit verschluckt. Vielleicht kommt aber doch der Verlegung der Nase weniger für die freie Inspiration als für die freie Exspiration die größere Bedeutung zu. Es ist bekannt, daß mit dem beendeten Schluckackt der reflektorisch erfolgte Abschluß zwischen Nasen- und Rachenraum sich löst und die überschüssige und exspiratorische Luft entweicht. Das ist bei verlegter Nase nicht möglich, und es bleibt immer eine überschüssige Menge Luft im Rachenraum, da es sicher leichter ist für den Säugling, neben dem Sauger her durch den Mund ein- als auszuatmen.

Exzessive Grade vorübergehenden akuten Luftschluckens findet man am häufigsten bei Beginn und im floriden Stadium des Schnupfens und der Grippe und erheblich mäßigeres chronisches Luftschlucken bei Rachitis und Lues, weiter bei gierig trinkenden Kindern, die sich gewissermaßen zur Exspiration keine Zeit lassen.

U. gibt den Rat, die Kinder in mehr aufrechter Haltung trinken zu lassen. Wenn die Kinder nach dem Trinken unruhig sind, so soll man sie kurze Zeit aufrecht tragen, nach mehrmaligem Aufstoßen werden sie ruhig und schlafen ein. Bei Grippenerkrankungen sollen die Kinder in Absätzen gefüttert und dazwischen aufrecht getragen werden. Von vielen Müttern wurde dabei starkes Aufstoßen beobachtet.

Schick.

J. Michiels, Eine einfache Methode zur Bestimmung der Gerinnzeit des Blutes. (Zeitschr. f. Kinderheilk. 1912, Bd. 5, Heft 5, S. 449.) Sie hat das Prinzip der Gerinnzeit des Blutes an der Wunde zur Grundlage. Sie besteht in folgendem: Der Einstich erfolgt mit Frankeschem Schnepper nach vorherigem Reinigen der Volarseite einer Fingerkuppe mit Benzin (Äther ist wegen seiner Wirkung auf die Gefäße nicht gut zu verwenden). Ohne irgendeinen Druck an der Wunde oder am Finger auszuüben, läßt man das Blut aus den Wundrändern hervortreten. Mit einer Stoppuhr, die Sekunden anzeigt, wird der Moment fixiert, in dem der Blutstropfen auszufließen beginnt. Bei der Anlegung der Stichwunde wird die Fingerkuppe nach oben gedreht gehalten. Beim ersten Erscheinen des Tropfens dreht man den Finger so um, daß seine Volarseite nach abwärts sieht, und

nun nimmt man genau alle 15 Sekunden je einen Blutstropfen auf einen breiten Streifen Fließpapier, indem man alle 15 Sekunden mit der Kuppe des Bluttropfens das Fließpapier eben berührt. Auf dem Fließpapier breitet sich der aufgesogene Blutstropfen, solange er nicht geronnen ist, schnell aus. Dieses Manöver wird so oft wiederholt, bis durch den Eintritt der Gerinnung das an den Blutstropfen gebrachte Fließpapier kein Blut mehr aufsaugt. Da dieses Aufsaugen der Tropfen alle 15 Sekunden geschieht, kann man direkt aus der Anzahl der Tropfen die Zeit berechnen, die zur Gerinnung des Blutes notwendig war. Man braucht nur die Zahl der Tropfen durch 4 zu dividieren. Diese Zahl bedeutet die Gerinnzeit des Blutes in Minuten. Um eine gleichmäßige Hautverletzung zu erzielen, wird die Lanzette durch $2^1/_2$—$2^3/_4$maliges Umdrehen der Regulierschraube auf die gleiche Größe eingestellt. Die Länge des vorstehenden Teiles der Lanzette beträgt ca. 2 mm. Diese Einstellung benützen wir bei Kindern von 5—10 Jahren. Bei jüngeren Kindern wurde die Lage des vorstehenden Teiles der Lanzette um $^1/_2$ mm herabgesetzt, bei älteren Kindern (bis 15 Jahre) um $^1/_2$ mm erhöht. Auf diese Weise wird die verschiedene Dicke der Haut, wenigstens soweit das Alter in Betracht kommt, berücksichtigt. Die Normalzahlen schwanken zwischen 8—14 Tropfen = 2—$3^1/_2$ Minuten.

Schick.

Oskar Witzinger, Ein Beitrag zur Klinik des Pseudotetanus Escherichs. (Zeitschr. f. Kinderheilk. 1913. Bd. 5, Heft 6, S. 455.) Die Ursache der Erkrankung des Kindes will die Mutter in einem Hieb mit einer Holzstange sehen, den das Kind beim Spielen von einem Kameraden erhielt. Der Hieb soll ziemlich heftig gewesen sein und den Nacken sowie den Hinterkopf getroffen haben. Unmittelbar darauf fiel der Knabe nieder, war aber nicht bewußtlos und stand gleich wieder auf. Er konnte seinem Angreifer nachlaufen, fiel aber dabei noch zweimal nieder. Im Laufe des Tages fühlte sich das Kind mit Ausnahme von etwas Kopfschmerzen völlig wohl und konnte am nächsten Tage wieder die Schule besuchen. Nur klagte Patient über Kreuzschmerzen, so daß er seinen Ranzen nicht tragen konnte. Dieser fast völlig negative Befund dauerte 3 Tage. Am 4. Tage nach der Verletzung legte sich das Kind wegen stärkerer Schmerzen im Nacken und Rücken ins Bett und blieb daselbst 2 Tage. Dann besuchte es wieder 2 Tage die Schule, mußte sich aber dann endgültig ins Bett legen, weil ein neues Symptom auftrat: Das Kind konnte nämlich nicht gehen; es lag dann mit steifen Beinen im Bett, ohne daß von den Angehörigen irgendein anderes Krankheitssymptom beobachtet wurde, insbesondere bestand angeblich kein Fieber, und auch Anfälle irgendwelcher Art wurden nicht bemerkt. 9 Tage, nachdem das Kind bettlägerig geworden war, also 18 Tage nach dem die Krankheit vermeintlich auslösenden Schlage, wurde das Kind in die Klinik aufgenommen. Hier ergab sich das ausgesprochene Bild eines Tetanus. Escherich hat für den Pseudotetanus als charakteristisch beschrieben: die mangelnde Kontinuitätstrennung der Haut, den Beginn der Erscheinungen in den unteren Extremitäten, die charakteristische Lokalisation der Krämpfe, die spontan erfolgende Heilung. Das war hier alles vorhanden. Die Krämpfe hielten vier Wochen

in größerer Intensität an, nahmen in den nächsten drei Wochen allmählich ab bis völlige Heilung eintrat. Tetanustoxin und Antitoxin waren im Blut nicht nachzuweisen. Kurz danach konnte Witzinger einen zweiten Fall von Pseudotetanus beobachten, der sich an ein Trauma anschloß. Auch hier fehlte Tetanustoxin im Serum.

W. meint, daß es tatsächlich tetanusartige Krankheitsbilder gibt, die nicht durch den Nicolaierschen Bazillus hervorgerufen werden. Wahrscheinlich ist die Ätiologie dieser Krankheitsbilder keine einheitliche und darf nur ein kleiner Teil der Fälle unter die puerile Tetanie rubriziert werden. Schick.

K. Huldschinsky, Untersuchungen über die Pathogenese der Verdauungsstörungen. III. Mitteilung: Über die flüchtigen Fettsäuren im Mageninhalt magendarmkranker und überfütterter Säuglinge. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 5, Heft 6, S. 475.) Es wurden 50 Untersuchungen an magendarmkranken und überfütterten Kindern bei bakteriologisch einwandfreier Nahrung vorgenommen. Eine Vermehrung der flüchtigen Fettsäuren im Magen gegenüber gesunden Kindern konnte nur selten und auch dann nur in geringem Maße nachgewiesen werden. Das Vorkommen abnormer Gärungsprozesse im Säuglingsmagen muß als fraglich angesehen werden. Die Menge der flüchtigen Säuren steht in direktem Verhältnis zum Fettgehalt der Nahrung, im umgekehrten zur Menge des Rückstandes. Die flüchtigen Fettsäuren können nur bei bereits alterierter Funktion des Magens als schädigend angesehen werden. Einen gesunden Magen zu schädigen, sind sie infolge ihrer geringen Menge selbst bei Überfütterung nicht imstande. Schick.

Hans Kleinschmidt, Über Milchanaphylaxie. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1913. Bd. 11, Nr. 12, S. 644.) Gesunde, ausgewachsene Meerschweinchen können auf enteralem Wege mit Kuhmilch sensibilisiert werden. Ob rohe oder kurz aufgekochte Milch dabei verwandt wird, ist gleichgültig; mit $^1/_4$ Stunde gekochter Milch aber werden die Resultate inkonstant, was offenbar auf die Reaktion der biologisch wirksamen Molkeneiweißkörper zurückzuführen ist. An der Sensibilisierung ist in erster Linie das Milchalbumin beteiligt, doch kommt auch eine Kaseinüberempfindlichkeit vor. Albumin- und Kaseinüberempfindlichkeit können nebeneinander bestehen (polyvalente Anaphylaxie). Das Überstehen eines Kaseinshocks hat nicht Antianaphylaxie für Albumin zur Folge. Bei subkutan und durch Fütterung vorbehandelten Meerschweinchen läßt sich auf enteralem Wege kein Shock auslösen. Es fehlen auch lokale zelluläre anaphylaktische Prozesse sowie Temperaturanomalien, Bluteosinophilie und Antianaphylaxie. Dagegen erwiesen sich Tiere, die im Hungerzustand oder nach Podophyllinverabreichung die auslösende Milchmenge auf oralem Weg erhalten haben, gewöhnlich refraktär gegen die intrakardial tödliche Dosis. Immerhin treten schwere Überempfindlichkeitserscheinungen nach der Probeinjektion ein. Das Berkefeldfiltrat von roher Kuhmilch erzeugt beim normalen Menschen und Meerschweinchen intrakutan eingespritzt ausgesprochene Reaktionserscheinungen. Mit inaktiviertem Kuhmilchberkefeldfiltrat oder Rinderserum ist bei

einmalig subkutan mit Milch vorbehandelten Meerschweinchen eine Intrakutanreaktion nicht zu erzielen. Eine positive Intrakutanreaktion mit inaktiviertem Milchberkefeldfiltrat wurde bisher beim Menschen nicht beobachtet. Schick.

W. Birk, Über den Einfluß psychischer Vorgänge auf den Ernährungserfolg bei Säuglingen. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1913. Bd. 12, Nr. 1, S. 1.) Verf. bringt zwei interessante einschlägige Krankengeschichten. Fall 1 betrifft ein Kind, welches längere Zeit im Kaiserin-Augusta-Viktoria-Haus in Charlottenburg in Behandlung stand und das bei Malzsuppe ausgezeichnet gedieh. Das Kind hätte entlassen werden können. Es vertrug auch schon Beikost. Die Mutter holte das Kind aber nicht ab. Es kam nun zum Stillstand des Körpergewichts. Zweimalige Nahrungssteigerung war ohne Erfolg. Man kam auf den Gedanken, daß das Kind aus Gründen des Milieus nicht mehr zunahm. Es sprach manches dafür. Es war ein Kind, an dem niemand richtiges Interesse hatte. Das Kind lag ziemlich verlassen und gelangweilt den ganzen Tag über in seinem Bett. Das Kind wurde nun vom Krankensaal weg auf die Station der Ammen gebracht, wo es nicht mehr im Bett, sondern in einem Kinderwagen im Tagraum gehalten wurde und viel Zerstreuung hatte. Der Erfolg war überraschend. Das Körpergewicht nahm glänzend zu. Die Besserung war sicherlich nur zum Teil dadurch bedingt, daß das Kind daneben noch Zwieback und Cakes bekam. Das Kind wurde nun einer Einzelpflege im gleichen Hause übergeben. Dem Kind behagte dies aber gar nicht. Es verlor seine Heiterkeit und seinen Appetit, das Körpergewicht blieb wieder stehen. Die Einzelpflege bot also dem Kinde nicht die gleichmäßig geistige Anregung wie der große Kreis von vielen Menschen auf der Ammenstation. Es ist eben nicht richtig, den Begriff der Einzelpflege mit dem der individuellen Pflege zu identifizieren. Zu letzterer gehört mehr als zur Einzelpflege, nämlich die Herstellung einer Art seelischen Kontaktes zwischen Kind und Pflegerin.

Im zweiten Fall handelt es sich um ein Kind einer hochgradig nervösen exaltierten Mutter, das anfangs bis zum 5. Lebensmonat in der Anstaltspflege mäßig gut gedieh und von da ab tagelang anhaltende Zustände von absoluter Anorexie auftraten. Bei Sonderfütterung wurde alles erbrochen. Alle Bemühungen waren vergebens. Nun wurde das Kind in Außenpflege gegeben, aber zu stillen ruhigen Leuten, die mit Pünktlichkeit allen Anordnungen nachkamen. Dort vollzog sich die Entwicklung des Kindes in derselben unbefriedigenden Weise wie vordem in der Klinik. Am zweiten Geburtstage ging das Kind unter Herzschwäche zugrunde. Sektion ergab negativen Befund. Schick (Wien).

Heinrich Rosenhaupt (Frankfurt a. M.), Die medikamentöse Behandlung des nervösen Erbrechens im frühen Kindesalter. (Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 16.) Wenn im folgenden vom nervösen Erbrechen im frühen Kindesalter die Rede ist, so soll damit ein Symptomenkomplex bezeichnet werden, der ätiologisch nicht scharf charakterisierbar ist und der in fast jedem Falle eine

andere Nuance hat. Es sind jene Fälle, wo bei Brustkindern sowohl als bei Flaschenkindern ohne sonstige Anzeichen einer Ernährungsstörung heftiges Erbrechen, oft mit explosivem Charakter, auftritt, das manchmal bei fettfreier bzw. fettarmer Nahrung sistiert, oft aber auch durch keine alimentäre Behandlung zu stillen ist.

R. hat nun seit Jahren mit außerordentlichem Erfolg ein unlösliches, ungiftiges Anästhetikum angewandt, den Äthylester der Paraamidobenzoesäure, das sogenannte „Anästhesin". Es ist praktisch absolut ungiftig, da erst Dosen über 2 g beim Kaninchen toxische Wirkung zeigen. R. hat es Kindern nach Noordens Vorgang bei Erwachsenen mit nervöser Dyspepsie etwa 10 Minuten vor den Mahlzeiten kaffeelöffelweise in 2—3%iger gummöser Mixtur gegeben. Außer bei den Fällen von nervösem Erbrechen hat das Anästhesin bei reflektorischen Schluckbeschwerden, wie man sie schon bei leichten Traumen der oberen Speisewege beobachten kann, prompte Dienste geleistet. Bei Fällen von Pylorospasmus, die zum Hirschsprungschen Typus gehören, also vornehmlich durch das Auftreten vor der achten Woche, den Stuhlmangel, die Abmagerung und die starken Kontraktionen des Magens, oft mit Bildung des tumorartigen Wulstes und vor allem mit Trinkscheu gekennzeichnet sind, hat R. mit der Anästhesinbehandlung deutliche Erfolge nicht erzielen können. Da aber zwischen beiden Typen, dem Hirschsprungschen und dem einfachen Pylorospasmus, wie ihn Pfaundler nennt, für den Praktiker die Unterscheidung sehr schwer ist — rechnet doch Pfaundler „das unstillbare Erbrechen" Finkelsteins zum Pylorospasmus — so kommt das Anästhesin gewissermaßen als differentialdiagnostisches Hilfsmittel in Betracht. Daß es auch zur Unterscheidung von zentralem Erbrechen vom Gehirn aus und lokalem vom Magen aus wertvolle Dienste leisten kann, konnte R. kürzlich feststellen.

Ein hereditär luetisches Kind litt an unstillbarem Erbrechen: der vorher behandelnde Kollege hatte es auf den bestehenden Hydrozephalus zurückgeführt und den Eltern gesagt, daß es nur durch die spezifische Behandlung sich allmählich bessern könne. Diese hatte jedoch keinen Erfolg. Der Anästhesinbehandlung des Magens gegenüber sistierte das Erbrechen jedoch sofort, es war klar, daß es nicht zentral bedingt war, und der weitere Erfolg einer zweckmäßigen Diätetik bestätigte die Richtigkeit der differentialdiagnostischen Erwägung.

Auch bei Verdacht auf tuberkulöse Meningitis ist es zweifellos oft recht wertvoll, durch den Versuch der Anästhesierung des Magens sich über den ätiologischen Charakter des Erbrechens klar zu werden.

Grätzer.

E. v. Behring (Marburg), Über ein neues Diphtherieschutzmittel. (Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 19.) Es ist in den Tageszeitungen (!) genügend über das Mittel geschrieben worden, so daß die Leser über das Allgemeine unterrichtet sein werden. v. B. gibt vor allem ein Programm für die Prüfung von Behrings Diphtherieschutzmittel einschließlich einer provisorischen Gebrauchsanweisung. Indem er auf die Kurvenschemata und Diagramme hinweist, die auf dem Wiesbadener Kongreß von Matthes und ihm demonstriert worden sind, läßt er nunmehr seine Kongreßmitteilung folgen, die über die Leistungen und Ziele der neuen Immunisierungsmethode sowie über ihre wissenschaftliche Begründung Auskunft gibt. Grätzer.

P. Uhlenhuth und **P. Mulzer,** Über die Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen. (Aus dem Institut f. Hygiene und Bakteriologie und der Klinik f. syphil. u. Hautkrankheiten der Universität in Straßburg.) (Ebenda.) Wie aus den Protokollen ersichtlich ist, haben Verff. bei der symptomlosen Mutter eines manifest syphilitischen Kindes, deren Blut aber einen positiven Ausfall der Wa.R. ergab, aktives syphilitisches Virus in der Milch nachzuweisen vermocht, da diese, in größerer Menge in die Hoden von Kaninchen verimpft, typisch spirochätenhaltige Hodensyphilome hervorrief. In gleicher Weise konnten Verff. in einem weiteren Falle durch Verimpfung von Milch einer frisch infizierten, allgemein-syphilitischen Frau mit manifesten Symptomen bei einem Kaninchen eine spezifische spirochätenhaltige Hodenerkrankung nachweisen.

Damit aber haben Verff. zum erstenmal experimentell den Beweis erbracht, daß die Milch syphilitischer Frauen unter Umständen infektiös sein kann. Von besonderer Bedeutung ist dabei noch die Tatsache, daß auch die Milch der symptomlosen Mutter eines syphilitischen Kindes infektiöses Virus enthalten kann. Denn dadurch, sowie durch das gleichfalls zum erstenmal erzielte positive Impfresultat mit Blut einer symptomlosen Mutter einer syphilitischen Frucht wird auf tierexperimentellem Wege bewiesen, daß die symptomlosen Mütter syphilitischer Kinder tatsächlich latent syphilitisch sein können, und zwar in dem Sinne, daß sie aktives Virus in ihrem Körper beherbergen können.

Wenn aber die Milch syphilitischer Mütter das syphilitische Virus enthalten kann, so liegt die Möglichkeit vor, daß Säuglinge lediglich durch die Milch beim Sauggeschäft syphilitisch infiziert werden können. Diese Gefahr besteht natürlich zumeist für gesunde Säuglinge, also für fremde Kinder, da die von einer syphilitischen Mutter geborenen Kinder in der Regel schon syphilitisch sind. Man wird demnach, auf diesen neuen Tatsachen fußend, der Ammenauswahl eine noch erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden müssen und insbesondere solche mit einer positiven Wa.R. ohne weiteres abweisen, obwohl wir uns von der Größe der Infektionsgefahr noch keine ganz bestimmten Vorstellungen machen können. Grätzer.

E. G. Abbott (Portland), Die Korrektur der seitlichen Rückgratsverkrümmungen. (Ebenda.) A. gibt eine ausführliche Schilderung der Technik seines Verfahrens in Wort und Bild.

Alle von A. behandelten Fälle hatten eine fixierte Skoliose, und bei den meisten hatte die vorhergehende jahrelange Behandlung mit Korsetts und Gymnastik so gut wie keinen Erfolg.

Ein Überblick über die bisher behandelten zahlreichen Fälle lehrt — so gibt A. an —, daß es recht schwer ist, in jedem Falle die richtige Prognose zu stellen. Mitunter waren es gerade die schwersten Deformitäten, die leichter zu behandeln waren, als die leichteren Formen. Mehrere Faktoren scheinen hierbei von Bedeutung: das Alter des Patienten, die Dauer des Bestehens der Deformität, die Größe und die Form des Rumpfes, schließlich der Grad von Kyphose, der bei der Redression erzielt werden konnte.

Die Frage, was dauernd von der Abbottschen Korrektur der

Skoliosen zurückbleiben wird, kann noch nicht beantwortet werden. A. selbst verfügt nur über eine dreijährige Erfahrung, die seiner Angabe nach sehr zugunsten seiner Methode spricht, indessen wohl nicht ausreicht, um ein definitives Urteil zu fällen. Grätzer.

Max Senator (Berlin), Weiteres über ätiologische Beziehungen zwischen Rheumatosen und nasalen Erkrankungen. (Ebenda.) Wegen der Verwandtschaft zwischen Gelenkrheumatismus und Chorea liegt es nahe, auch bei letzterer, ähnlich wie beim Gelenkrheumatismus, an eine infektiöse Ätiologie zu denken und nach einer Eintrittspforte zu suchen. Beim Gelenkrheumatismus sind als solche die Tonsillen bekannt; nach des Verfassers früheren Beobachtungen können auch die nasalen Luftwege in Betracht kommen. Die gleiche Möglichkeit besteht für die Chorea. Nach Rachenmandeloperation, also Läsion im Bereich der nasalen Luftwege, entstand typische Chorea minor mit und ohne Endokarditis. Grätzer.

E. Schreiber, Zur Prophylaxe und Therapie der Diphtherie. (Aus der inneren Abteilung des Krankenhauses Magdeburg-Sudenburg.) (Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 20.) Die von v. Behring vorgeschlagene aktive Immunisierung hat sich bei vollkommener Unschädlichkeit als dadurch wirksam zur Bildung von Diphtherie-Antikörpern erwiesen und dürfte von ausschlaggebender Wirkung für die Prophylaxe werden. Für die Behandlung kommt als zweckentsprechende Methode neben der intravenösen nur die intramuskuläre Injektion in Frage. Solange nicht ein experimenteller Beweis erbracht ist, daß kleine Dosen genügen, wird man besser tun, etwas größere Dosen zu wählen, als bisher üblich waren. Daß die Überempfindlichkeit nach voraufgehender Seruminjektion selbst über ein Jahrzehnt bestehen bleiben kann, zeigen zwei mitgeteilte Fälle. Für die Behandlung der Mischinfektionen wird die lokale Applikation von Salvarsan bzw. Neosalvarsan empfohlen, eventuell auch die intravenöse Injektion kleiner Dosen dieser Mittel. Grätzer.

Dritte Mitteilung über v. Behrings neues Diphtherieschutzmittel. (Aus der Frauenklinik und dem Institut für Experimentelle Therapie in Marburg a. L.) (Ebenda.)

1. **W. Zangemeister.** Die Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels in der Marburger Frauenklinik. Die bisherigen Beobachtungen lassen natürlich noch viele Fragen offen oder noch nicht genügend geklärt. Immerhin können sie doch als Grundlage für weitere Untersuchungen dienen. Sie haben soviel schon ergeben, daß die Anwendung des v. Behringschen Toxinantitoxingemisches beim Neugeborenen nicht bloß möglich ist, sondern wegen der bei ihnen noch fehlenden Überempfindlichkeit aus dem Grunde ganz besonders geeignet erscheint, weil voraussichtlich die Reaktionsschwelle bei allen Neugeborenen sehr gleichmäßig sein wird.

Unsere Beobachtungen zeigen ferner, daß sich beim Erwachsenen relativ leicht und gefahrlos eine Giftimmunität erzeugen läßt, die nicht nur das betreffende Individuum erfolgreich zu schützen imstande ist, sondern die oft auch genügt, um andere Individuen passiv zu

immunisieren. In dieser Hinsicht kommt einmal das Neugeborene in Betracht, das von der Mutter Schutzstoffe auf natürlichem Wege erhält, zum anderen besteht auch die Möglichkeit, das bei der Entbindung physiologischerweise durch Lösung der Plazenta abgehende Blut für Immunisierungs- und Heilzwecke auszunutzen, was von um so größerem Wert ist, als es sich dabei um artgleiches Serum handelt, dessen Schutzkraft eine längere ist und dessen — präventive oder kurative — Anwendung der üblen Nebenwirkungen des artfremden Serums nicht befürchten läßt.

2. **Viereck,** Technische und theoretische Bemerkungen zur Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels.

E. v. Behring, Anhang. Zum Referat ungeeignet. v. Behring geht besonders auf die Dosierungsfrage ein. Grätzer.

E. Gildemeister und **K. Baerthlein,** Bakteriologische Untersuchungen bei darmkranken Säuglingen. Aus der Bakteriologischen Abteilung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin. (Ebenda.)

1. Wir haben bei darmkranken Säuglingen in einem verhältnismäßig hohen Prozentsatze Bakterien der giftarmen Ruhrgruppe nachweisen können und sind der Ansicht, daß sie in diesen Fällen die Darmerkrankung verursacht haben. Nicht immer hat die Ansiedlung dieser Bakterien im Darm eine Erkrankung zur Folge, wie der Befund von Ruhrbazillen bei einem wenige Tage alten gesunden Säugling beweist. Zuweilen scheint erst ein äußerer Anlaß (z. B. Änderung der Diät) die spezifische Erkrankung auszulösen.

Ob der gehäufte Befund von Ruhrbakterien durch örtliche und zeitliche Verhältnisse bedingt gewesen ist, läßt sich mit Sicherheit nicht entscheiden.

2. Paratyphus-B-Bakterien und Gaertner-Bazillen haben wir nur in einem relativ kleinen Teil der Fälle feststellen können. Auch hier können vielleicht örtliche und zeitliche Verhältnisse von Einfluß auf die Häufigkeit des Vorkommens dieser Bakterien sein. Mit Rücksicht auf die Schwere der Erkrankung in diesen Fällen neigen wir zu der Ansicht, daß die genannten Bakterienarten die Darmerkrankungen verursacht haben.

3. Bacterium proteus, Bacterium pyocyaneus, Bacterium coli mutabile und Dahlem-Bakterien sind häufige Bewohner des kranken Säuglingsdarmes. Der Schluß, daß diesen Bakterien primär eine Bedeutung für die Entstehung der Darmkrankheiten bei Säuglingen zukommt, kann aus unseren Untersuchungen ohne weiteres noch nicht gezogen werden, zum mindesten ist aber die Annahme, daß sie sekundär schädigend auf den Organismus einwirken, nicht von der Hand zu weisen. Grätzer.

Wilhelm Lutz, Über Thrombenbildung bei Masern, mit besonderer Beteiligung der Lungenarterien. (Aus dem pathologischen Institut der Universität Basel.) (Berliner klin. Wochenschr. 1913. Nr. 34.) In den letzten drei Jahren kamen 22 Fälle von Masern zur Autopsie. Eine besonders große Sterblichkeit zeigt der Beginn dieses Jahres, indem man in den ersten drei Monaten 11 Masernfälle

autoptisch untersuchen konnte. Bei diesen 22 Sektionen ergab sich nun als auffallender und in der Literatur kaum erwähnter Befund eine ausgedehnte Thrombose, die in sechs Fällen besonders die Lungenarterien, in 2 Fällen die Pfortader betraf.

Auffällig ist vor allem die Lokalisation in Arterien, speziell in denen der Lunge. Allerdings erhebt sich sofort die Frage, ob hier wirklich eine primäre Thrombose und nicht eine Embolie vorliegt.

In dieser Hinsicht waren einmal Krankheitsverlauf und klinische Erscheinungen nie derart, daß Verdacht auf Lungenembolie ausgesprochen worden wäre, obschon jetzt nachträglich einige Erscheinungen für die Diagnose des plötzlichen Gefäßverschlusses verwertet werden können.

Pathologisch-anatomisch entspricht die morphologische Beschaffenheit der Pfröpfe, die bis in die feinsten Äste der Arterien sehr gleichmäßig zusammengesetzt, einheitlich hellgraurot oder weißlich, brüchig und mit der Wand ziemlich fest verklebt sind, die das Lumen vollständig ausfüllen und auf Schnitten stark vorquellen, eher dem Bild primärer Thromben. Dazu paßt auch das abgerundete, zapfenartig ins Lumen des nächst höheren Arterienastes vorspringende proximale Ende des Thrombus im dritten Fall, ferner der erste, in dem venöse Thromben sicher fehlten, und schließlich das zweimalige Vorkommen von Pfröpfen in Gehirnarterien, die gewiß als primär aufgefaßt werden müssen, da sich für Embolie nirgends ein Ausgangspunkt fand, und auch die Öffnung im Foramen ovale des einen dieser Fälle zu klein war.

Freilich ist nun demgegenüber in 5 Fällen durch Thromben im venösen Kreislauf die Möglichkeit einer Embolie gegeben, und wenn diese Thromben auch durch den Wechsel dunkelroter, grauer und weißer Partien ganz anders beschaffen sind als die der Lungenarterien, auch Bruchflächen sich nie nachweisen ließen, und die Lungenpfröpfe einige Male fester mit der Gefäßwand verklebt, also älter waren als die venösen, so schließt das doch eine Embolie nicht aus.

Das mikroskopische Bild zeigt außer stellenweise beginnender Organisation der Thromben keine Besonderheiten und läßt sich zur Entscheidung der Frage nicht verwerten.

Die Möglichkeit einer Embolie der Lungenarterien kann L. also nicht sicher ausschließen, aus dem ganzen Bild aber möchte er doch auch die arteriellen Pfröpfe mit größerer Wahrscheinlichkeit als primäre Thromben auffassen.

Was nun die Ätiologie anbetrifft, so scheinen allgemeine Faktoren, wie Entwicklung, Körperbau, Ernährungszustand, Geschlecht, ohne besonderen Einfluß, denn sie alle wechseln von Fall zu Fall. Das Alter spielt vielleicht insofern eine Rolle, als es sich um durchschnittlich anderthalbjährige Kinder handelt. Auch ein besonderer Marasmus, als dessen Folge schon oft Thrombose beobachtet wurde, war, außer im letzten, mit ausgedehnter Tuberkulose kombinierten Fall nie vorhanden.

Unter den Kreislauforganen ließ sich an den Gefäßen nie eine Veränderung gröberer Art nachweisen. Das Herz ist allerdings fast immer etwas dilatiert, in 2 Fällen das Myokard deutlich trüb, und zweimal

sprechen Thromben im Herzen selbst für eine Abnahme der Herzkraft, so daß eine gewisse Stromverlangsamung speziell zum Zustandekommen der Lungenthromben wohl etwas beigetragen haben mag. Das Blut selbst war makroskopisch nie verändert. Die bakteriologische Untersuchung ergab, daß viermal im Blut Kokken vorhanden waren. Da aber solche Befunde oft erhoben werden, ohne daß zugleich Thromben sich finden, darf darauf kein zu großes Gewicht gelegt werden. Auch der Einfluß der möglicherweise in das Blut abgegebenen Toxine aus den Lobulärpneumonien darf nicht zu sehr betont werden, da Thromben sonst viel häufiger gefunden werden müßten. Zudem fehlten pneumonische Herde völlig im ersten Fall.

Es bleibt schließlich nur übrig, eine durch die Masern erhöhte Tendenz zur Gerinnselbildung im Blut anzunehmen. Thrombosen im Verlauf von Infektionskrankheiten finden sich ja vielfach beschrieben; dabei fällt allerdings auf, wie selten die Lungenarterien beteiligt sind, und wie selten vor allem Thrombosen bei Masern beobachtet wurden. Auffällig ist, daß L. sie in relativ kurzer Zeit unter 22 Sektionen achtmal beobachten konnte, und zwar mit vorzüglicher Beteiligung der Pulmonalarterien. Eine Erklärung für diese plötzliche Häufung, die vornehmlich anfangs dieses Jahres mit 5 unter 11 Masernfällen hervortritt, vermag L. nicht zu geben. Vielleicht kann man daran denken, daß ein besonderer Charakter der jeweiligen Epidemie eine Rolle spielt.

Grätzer.

Walter Beyer, Diphtheriebazillen im Harn. (Aus der medizinischen Universitätsklinik in Rostock.) (Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr. 5.) B. untersuchte bis jetzt 19 Fälle, wovon die Hälfte Knaben, die Hälfte Mädchen. Es fanden sich nun in jedem Falle die Bazillen im Harn; die Tage, an welchen B. bei einzelnen Rekonvaleszenten nichts nachweisen konnte, gehören zu den verschwindenden Ausnahmen. B. ist davon überzeugt, daß man in den betr. Proben bei noch eingehenderem Durchsuchen der Platten die Bazillen ganz gewiß hätte auffinden können. Denn die ganze Arbeit erforderte manchmal sehr viele Zeit und Geduld, da außer den Diphtheriekeimen in der Regel noch andere, meist Staphylococcus albus, auch aureus, zuweilen Diplokokken im Urin vorhanden waren, und die Diphtheriebazillen angesichts ihrer geringen Tendenz, flächenhaft sich auszubreiten, leicht von den anderen Keimen überwuchert werden, besonders, wenn mit dem Sediment noch eine etwas reichlichere Urinmenge zur Verteilung gelangte. In den trockener verarbeiteten Proben ist die Auffindung leicht. Das Wachstum der Diphtheriebazillen war (während des Bestehens der Membranen) in den ersten Tagen der Krankheit ein überaus reichliches, einzelne Platten waren nach 24 Stunden von einem dichten Rasen bedeckt, auf anderen waren unzählige isolierte Kolonien gewachsen. Das Wachstum wurde im allgemeinen spärlicher, je mehr die Fieberperiode zurücklag, war indes in einzelnen Fällen auch noch später ziemlich reichlich. B. hat zurzeit 8 Fälle unter Beobachtung; bei einem sind seit der Erkrankung 2 Wochen verflossen, bei einem zweiten 3, bei einem dritten 4 Wochen. In 3 Fällen liegt die Erkrankung 8 Wochen, in einem weiteren 10 Wochen zurück. Bei einem anderen, seit 8 Wochen in der Klinik

befindlichen Knaben handelt es sich um einen in einer Anstalt zufällig entdeckten Bazillenträger, bei welchem nicht festzustellen war, ob und wann überhaupt eine Erkrankung vorgelegen hat. In allen diesen Fällen finden sich konstant in dem, einen um den anderen Tag entnommenen Urin Diphtheriebazillen, und es ist zurzeit ein Ende der Ausscheidung gar nicht abzusehen. Der bis jetzt in einer Reihe von Fällen angestellte Tierversuch zeigte, daß es sich zum Teil um energisch Toxin bildende Stämme handelt.

Der Urin enthielt nur in zwei Fällen vorübergehend Albumen, dagegen meist weiße Blutkörperchen in vermehrter Zahl; weniger Epithelien der Harnwege und spärlich Erythrozyten, vereinzelt auch Zylinder und Zylindroide bei fehlendem Albumen. Im übrigen war er klar und makroskopisch unverdächtig. B. will noch erwähnen, daß die Mehrzahl der Fälle von ihm im Beginn intravenös mit 1—2 ccm des 500fachen Heilserums gespritzt wurden, und daß der klinische Verlauf meist normal war.

Vielfach waren im Abstrich von der Oberfläche des Rachens und der Mandeln kulturell keine Bazillen mehr nachweisbar, und es wurde daraufhin praktisch Keimfreiheit angenommen. Sehr mit Unrecht! Denn seitdem B. mit ganz schmalem Tupfer tief in die Lakunen einging, ihn darin eine Weile beließ, bis er sich ordentlich vollgesogen hatte, und dann auf Löfflerplatten ausstrich, änderten sich die Resultate auffallend. Wo vorher kaum etwas oder nichts zu finden war, erfolgte nun meist reichliches Wachstum. Offenbar werden die oberflächlich sitzenden Keime vom Speichel fortgespült, oder durch Gurgelwässer abgetötet, während die in den geschlossenen Krypten sitzenden verschont bleiben.

B. möchte auch betonen, daß es wichtig ist, besonders in zweifelhaften Fällen Platten und nicht lediglich Röhrchen zu verwenden, wie es in Untersuchungsämtern der Materialersparnis halber vielfach üblich ist. Auf einer Platte läßt sich der Tupfer viel ausgiebiger ausstreichen, und nachher ist die Übersicht eine ganz andere, als in dem engen, beschlagenen Röhrchen. B. fand es zweckmäßig, den Wattetupfer vor dem Ausstreichen im Kondenzwasser des Petrischalendeckels erst naß zu saugen, wohl auch dort probeweise auszuquetschen. Die Doppelfärbung nach Neißer erübrigt sich, da die Polkörnchen mit Methylenblaulösung allein schon, sei es neutrale, angesäuerte oder alkalische, sehr gut hervortreten.

Versuche, die Bazillen durch Urotropinmedikation zum Verschwinden zu bringen, verliefen erfolglos.

Die nosologische und epidemiologische Bedeutung derartiger Befunde liegt auf der Hand. Es ist nicht mehr in Abrede zu stellen, daß die Diphtherie, so gut wie jede andere Infektionskrankheit, mit einer Bakteriämie einhergeht. Die von B. beobachtete reichliche Ausscheidung von Keimen während des Fiebers und so lange die Membranen bestehen, ist wohl nicht gut und anders zu deuten, als durch eine reichliche Einwanderung von Bazillen ins Blut. Ob auch noch in den Perioden der Rekonvaleszenz Bakteriämie vorhanden ist, wird sich durch Blutuntersuchungen entscheiden lassen. Wahrscheinlich beherbergen außer dem Blute die verschiedensten Organe die Keime,

außer den Lungen insbesondere auch wahrscheinlich die Nieren und die Blase. Bei zwei zur Sektion gekommenen Diphtheriefällen fand B. seinerzeit die Keime in den Nieren, schon im bloßen Abstrichpräparat.

Therapeutisch werden wir es von nun an aufgeben, uns und die Patienten weiterhin mit allerhand Einpinselungen usw. auf die Rachenschleimhaut abzuquälen. Denn abgesehen davon, daß alle kritischen Beobachter über die absolute Erfolglosigkeit derartiger Maßnahmen übereinstimmen, ist es nun, nachdem uns die neueren Untersuchungen erst einen richtigen Begriff von der Verbreitung der Diphtheriebazillen im Körper gebracht haben, überhaupt schwerlich denkbar, die Schleimhäute von außen her dauernd keimfrei zu machen. Die „innere Desinfektion" ist aber nicht nur bei der Diphtherie ein pium desiderium bislang geblieben.

Die Möglichkeit der Weiterverbreitung der Diphtherie durch den Harn möchte B. durchaus nicht unterschätzen. Einmal ist die Keimzahl keineswegs immer spärlich, außerdem wäre derselbe Einwand gegen das Überwiegen der Infektiosität des Rachens zu erheben. Auch hier ist die Keimzahl oft sehr spärlich, und von einer „Mehrzahl von Bazillen" in der späten Rekonvaleszenz ist nicht die Rede. Andererseits dürfen wir nicht vergessen, daß es sich bei der Diphtherie meist um Kinder handelt, denen irgend ein Begriff von der Schädlichkeit ihres Harnes wohl nicht beizubringen sein wird. Nicht nur die Nachtgeschirre, sowie Leib- und Bettwäsche, sondern auch die Hände können auf diese Weise überaus leicht infiziert werden. Und was bei Kindern erst einmal an den Fingern klebt, das findet seinen Weg in die Außenwelt mindestens ebenso sicher, als direkt von der Mundhöhle aus.

Während wir in Krankenhäusern bisher die Bazillenträger entlassen konnten, wenn eine oft recht problematische Keimfreiheit seitens der Tonsille konstatiert worden war, müßten wir von nun an eigentlich auch noch die Keimfreiheit des Urins abwarten. Der Hygieniker tut sich leicht damit, eine Internierung von Keimträgern usque ad infinitum zu fordern. Inwieweit eine solche aber gesetzlich überhaupt möglich und ob sie praktisch durchführbar sein wird, ist eine andere Frage. Das Publikum hat bisher schon kein Verständnis dafür, wenn ein von einer Krankheit, die in 8 Tagen vorüber ist, vollkommen Genesener noch wochen- und monatelang im Krankenhaus zurückbehalten wird. Und was ist eigentlich damit geleistet, wenn von einem Hundert Bazillenträgern vielleicht ganze fünf oder sechs rigoros vom freien Verkehr abgeschlossen werden, zufällig deshalb, weil sie das persönliche Mißgeschick hatten, zu Beginn ins Krankenhaus gebracht zu werden, oder einem besonders korrekten Arzt sich anzuvertrauen, der sie nicht eher freiläßt, als bis die Bazillen geschwunden sind. Oder welchen Sinn hat es, ein Kind, das die Diphtheriebazillen nicht los werden kann, monatelang — in einem B. bekannten Fall über ein halbes Jahr — vom Schulbesuch fernzuhalten, wenn nicht gleichzeitig die ganze Schule exactissime bakteriologisch durchuntersucht wird? Soll ein Erwachsener mit Hilfe der Polizei gezwungen werden, das Hotel, in dem er logiert, bei Nacht und Nebel zu verlassen und sich im Krankenhaus einzumieten, wie es in einem B. bekannten Fall

passierte? Besitzen wir denn ein sicheres Mittel, den Menschen zu desinfizieren? B. meint, man wird sich über kurz oder lang mit diesen Fragen in etwas weniger doktrinärer Weise, wie bisher vielfach, auseinandersetzen müssen. Denn schließlich hat der einzelne doch auch ein gewisses Recht, soweit seine persönliche Freiheit in Frage kommt, gegenüber der Allgemeinheit. Man soll nur den Mut haven, einzugestehen, daß es auf die bisherige Art, diese Dinge ex cathedra zu behandeln, nicht gut weitergehen kann. Grätzer.

Stoeltzner, Über Larosan, einen einfachen Ersatz der Eiweißmilch. (Aus der Kinder-Poliklinik und der Säuglingsklinik an der Universität Halle a. S.) (Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr. 6.) St. kam auf den Gedanken, ob man nicht durch Hinzufügen von Kasein-Kalzium die mit der gleichen Menge Wasser verdünnte Kuhmilch in dem erwünschtem Maße mit Eiweiß und mit Kalk anreichern könnte. Fügt man einer Mischung aus gleichen Teilen Milch und Wasser 2% Kasein-Kalzium hinzu, das einen CaO-Gehalt etwa von 2,5% hat, so haben wir im Liter

Eiweiß	34,5 g
Fett	17,5 g
Zucker	22,5 g
P_2O_5	1,22 g
CaO	1,36 g

Diese Zusammensetzung ist derjenigen der Eiweißmilch so ähnlich, daß St. beschloß, mit Kasein-Kalzium angereicherte Milchverdünnungen an Stelle der Eiweißmilch zu versuchen.

St. wandte sich an die Firma F. Hoffmann-La Roche & Co. in Grenzach mit der Bitte, zu Versuchszwecken Kasein-Kalzium in Pulverform, mit einem CaO-Gehalt von 2,5%, herzustellen. Leider zeigte sich, daß, obwohl alle Hilfsmittel der Technik zur Verfügung standen, die Herstellung eines feinkörnigen und leichtlöslichen Kasein-Kalziumpulvers zunächst nicht gelingen wollte. Es bedurfte monatelanger Anstrengungen, um die Schwierigkeiten einigermaßen zu überwinden. Die ersten kleinen Versuchsproben erhielt St. im April 1912, aber erst von Mitte Juli 1912 ab konnten regelmäßig ausreichende Versuchsmengen eines praktisch brauchbaren Präparates überlassen werden. Immerhin fallen auf diese Weise die heißen Wochen des Jahres 1912 in die Versuchszeit. Im ganzen beträgt die Zeit, die St. bisher das Kasein-Kalzium ohne Unterbrechung in der Behandlung von ernährungsgestörten Säuglingen verwendet, etwas über 6 Monate.

An Feinkörnigkeit und konstant guter Löslichkeit ist das Kasein-Kalzium inzwischen immer weiter vervollkommnet worden. Das jetzige, von Hoffmann-La Roche Larosan genannte Präparat darf als technisch einwandfrei bezeichnet werden. Es ist ein lockeres, feines, geschmackloses, weißes Pulver, das sich in heißer Milch gut auflöst, und dessen wässerige Lösung neutral reagiert.

Die Zubereitung der Larosanmilch geschah stets folgendermaßen:

20 g Larosan wurden mit ungefähr dem dritten Teile eines halben Liters frischer Milch kalt angerührt; die beiden anderen Drittel des halben Liters Milch wurden inzwischen zum Kochen gebracht. Dann

wurde beides zusammengegossen, und das Ganze unter ständigem Rühren 5—10 Minuten lang gekocht. Zum Schluß wurde durch ein Haarsieb geseiht und mit der gleichen Menge Verdünnungsflüssigkeit gemischt.

Die Verdünnungsflüssigkeit bestand je nach Lage des Falles entweder aus abgekochtem Wasser oder aus Schleim oder Mehlabkochungen.

Zucker wurde in den ersten Tagen nicht zugesetzt, bis die Stühle fester geworden waren; war dies erreicht, so wurde der Verdünnungsflüssigkeit vorsichtig steigend von 1—5 % Zucker zugesetzt, in Ausnahmefällen schließlich auch noch mehr. Am besten bewährten sich als Zuckerzusatz maltosehaltige Präparate — St. bevorzugte Soxhlets Nährzucker —; viele, aber nicht alle Kinder vertrugen jedoch einen Zusatz von Rübenzucker bis zu etwa 2½ % der Verdünnungsflüssigkeit; vollständig abgesehen hat St. von der Verwendung des Milchzuckers.

Zu Beginn der Behandlung erst einmal 12—24 Stunden Wasserdiät einhalten zu lassen, hat St. nur in toxischen Fällen nötig gefunden. Die Zwischenräume zwischen den einzelnen Mahlzeiten hat er immer mindestens 3 Stunden betragen lassen. Die jedesmaligen Nahrungsmengen wurden ungefähr so gewählt, wie es bei der Eiweißmilch üblich ist; nur ist St. im ganzen etwas freigebiger verfahren, insbesondere hat er auf eine Mahlzeit niemals weniger als 20 g geben lassen und ist meist schnell zu kalorisch ausreichenden Mengen angestiegen, ohne daß die Erfolge deswegen schlechter gewesen wären. Bevor ausreichende Mengen vertragen wurden, wurde selbstverständlich neben der Larosanmilch reichlich abgekochtes Wasser oder dünner Fencheltee ohne Zucker verabreicht.

Die Prüfung des Larosans geschah zunächst im St. Elisabeth-Kinderheim zu Halle a. S., das der ärztlichen Leitung von Frau Dr. Stoeltzner untersteht, an 34 ernährungsgestörten Säuglingen, die in der Mehrzahl monatelang fortlaufend klinisch beobachtet werden konnten. Die an diesen Kindern gewonnenen Erfahrungen wurden weiterhin bestätigt durch 19 poliklinische Fälle, ferner durch eine Reihe von Fällen in der Privatpraxis, und schließlich seit dem 30. November 1912 an 23 Säuglingen, die in der neuen Hallenser Säuglingsklinik mit Larosan behandelt worden sind.

St. kann die Erfolge kurz dahin zusammenfassen, daß die Larosanmilch mindestens dasselbe leistet wie die Eiweißmilch.

Im Grunde handelt es sich auch bei der Eiweißmilch nicht um eine einheitliche Wirkung, sondern um zwei verschiedene Wirkungen, die sich allerdings in sehr glücklicher Weise miteinander verbinden. Das eine ist die antidyspeptische Wirkung, die in der Bildung von Seifenstühlen ihren Ausdruck findet. Das Larosan wirkt in dieser Richtung offenbar dadurch, daß die Kaseinzulage die Darmfäulnis begünstigt und damit den sauren Gärungen entgegenwirkt, während die Kalziumzulage nach dem Massenwirkungsgesetze den Umfang der Kalkseifenbildung im Darm vergrößert. Die in der Larosanmilch enthaltene Fettmenge ist für die Bildung von Seifenstühlen offenbar vollständig ausreichend. An sich dürfte ein geringerer Fettgehalt eher vorteilhaft sein.

Die zweite Wirkung, die wie der Eiweißmilch so in ausgesprochenem Maße auch der Larosanmilch zukommt, ist eine schnelle Hebung der Toleranz gegen Kuhmilch. Diese Wirkung zeigt sich sehr deutlich bei Kindern mit schwererem Milchnährschaden, die zur Zeit keine dyspeptischen Stühle entleeren; hier pflegt fast sofort nach Einleitung der Ernährung mit Larosanmilch das Körpergewicht anzusteigen und damit die Reparation einzusetzen.

Die Larosanmilch kann nicht den Anspruch erheben, etwas wesentlich Neues zu sein. Neu ist nur die äußere Form, das Larosan ist sozusagen das wirksame Prinzip der Eiweißmilch. In der praktischen Anwendung hat aber das Larosan vor der Eiweißmilch viel voraus. Mindestens in einer Beziehung übertrifft das Larosan die Eiweißmilch sogar an therapeutischer Wirkung, indem nämlich die bei der Eiweißmilch so häufige vorübergehende Verschlechterung der Kinder in den ersten Tagen der Behandlung, bei der Larosanmilch fortfällt. Es ist daher eine sehr merkwürdige Erfahrung, die St. sich nicht näher zu erklären vermag, die aber zweifellos zu Recht besteht. Als zweitwichtigsten Vorzug hat das Larosan vor der Eiweißmilch den bedeutend billigeren Preis voraus. Ferner ist es in der Form kompendiöser, und besonders bei älteren Kindern wird schließlich auch das bessere Aussehen und der bessere Geschmack des Larosans angenehm empfunden werden. Tatsächlich leistet das Larosan auch bei älteren Kindern in geeigneten Fällen, wie ich mich wiederholt überzeugen konnte, gute Dienste. Grätzer.

Arthur Schloßmann, Die Ökonomie im Stoff- und Kraftwechsel des Säuglings. (Aus der akademischen Kinderklinik in Düsseldorf.) (Ebenda.) Sehr interessante Arbeit, die mit den Worten schließt:

„Die Erfahrung lehrt uns, daß nur ganz ausnahmsweise einmal ein Kind durch Übertreibung seiner Bewegungen zuviel der zugeführten Energie verbraucht, so daß für den Anwuchs nichts übrig bleibt — immer natürlich ein gesundes Kind und eine normale Energiemenge vorausgesetzt. Daß unnormale Kinder, zumal als Folge des anormalen Zustandes, zu beweglich sein können, um richtig zuzunehmen, wissen wir aus der Beobachtung bei Säuglingen mit juckenden Ekzemen. Solche Patienten verwenden zuweilen enorme Kraftleistungen und eine akrobatische Geschicklichkeit, um trotz aller Vorsichtsmaßregeln oder Fesselungsversuche den Juckreiz durch Scheuern zu mildern. Dabei tritt oft ein Kraftverbrauch über das Maß der Kraftzufuhr, und dadurch Gewichtsstillstand oder Abmagerung ein. Aber unter normalen Verhältnissen ist der Säugling mit der ihm zugeführten Energie sehr haushälterisch und zumal das natürlich genährte Kind ein Muster ökonomischen Kraftverbrauches; von ihm können wir lernen, wie man mit gegebenen Mitteln ein Maximum von Leistung bestreiten kann. In diesem Sinne können die Säuglinge als wirkliche Kulturträger gewertet werden, denn „die Kultur ist“, wie Liebig sagt, „die Ökonomie der Kraft; eine jede unnütze Kraftäußerung, eine jede Kraftverschwendung in der Agrikultur, in der Industrie und der Wissenschaft, sowie im Staate charakterisiert die Roheit oder den Mangel an Kultur“. Grätzer.

Friedrich Wilhelm Strauch, Systematische Jodpinselung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebazillen. (Aus der medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses zu Altona.) (Therapie d. Gegenwart, Sept. 1913.) St. gibt einige bemerkenswerte Resultate über die Beeinflussung von Diphtheriebazillen durch systematische Jodpinselung des Rachens. Die Untersuchungsreihe umfaßt ein Material von 50 Fällen. In der Mehrzahl derselben handelte es sich um relativ schwere Diphtherien. Fast sämtliche Fälle waren mit Heilserum behandelt worden. Waren ca. 7—8 Tage nach vollständiger Abstoßung der diphtherischen Beläge im Tonsillarabstrich noch Bazillen nachweisbar, so wurde zur Beseitigung derselben eine systematische Pinselung der Gaumenmandeln mit offizineller Jodtinktur vorgenommen.

An drei aufeinanderfolgenden Tagen wurden namentlich die Tonsillen mittels Wattebausches gründlich mit der Jodlösung gepinselt. (Von sonstigen Desinfizienzien, Gurgelungen mit H_2O_2, übermangansaurem Kali usw. wurde abgesehen, um möglichst eindeutig die Jodwirkung zu studieren.)

Am zweiten respektive dritten Tage nach der letzten Joddesinfektion des Rachens wurde ein Abstrich aus den Krypten des Tonsillargewebes auf die Anwesenheit von Diphtheriebazillen geprüft.

Von den 50 Fällen waren 20 sogleich nach dreimaliger täglich vorgenommener Jodpinselung bazillenfrei. In 16 (8) Fällen waren nach ein-(zwei-)maliger Wiederholung der Joddesinfektion des Rachens nach dem oben mitgeteilten Modus keine Diphtheriebazillen mehr im Rachen nachweisbar. Zwei Fälle wurden erst nach viermal in analoger Weise durchgeführter Jodpinselung bazillenfrei, während in vier Fällen die Maßnahmen völlig versagten. Die letzteren Fälle rekrutierten sich aus besonders schweren Diphtherien, dreimal handelte es sich um Nasendiphtherie bei gleichzeitiger Rachendiphtherie.

Bei der Jodbehandlung der Rachenorgane wurden nie irgendwelche schädlichen Wirkungen (Verätzungen, Ulzerationen oder dergleichen) beobachtet.

Häufig war bald nach der Pinselung eine weißliche Verfärbung der Tonsillen wahrzunehmen, die bald wieder verschwand (Gerbwirkung); Schmerzen traten nie auf; der von den meisten zuerst unangenehm empfundene Jodgeschmack verlor sich nach einigen Stunden. Bei irgendwelchen Komplikationen (hohem Fieber, Nephritis im Gefolge der Diphtherie usw.) wurde von der Pinselung Abstand genommen.

Mit Recht kann der Einwand erhoben werden, aus negativem Bazillenbefund der Rachenorgane darf man noch lange nicht schließen, daß nun das Individuum überhaupt keine Diphtheriebazillen mehr beherberge.

Häufige Kontrollversuche sowie Abstriche aus der Nase bestätigen jedoch immer die Befunde, die man bei Untersuchung der entsprechenden Mandelabstriche erhob. Durch die systematische Jodpinselung der Tonsillen dürften die Existenzbedingungen für höher im Nasenrachenraum haftende Diphtheriebazillen ungünstigere werden.

Nach Möglichkeit wurden die Patienten 14 Tage nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause wiederbestellt zwecks bakterio-

logischer Untersuchung ihrer Rachenorgane auf das Vorhandensein von Diphtheriebazillen. Nur ganz vereinzelt wurden dann noch positive Befunde erhoben.

Jochmann, der an einem großen Untersuchungsmaterial die Desinfektion der Halsorgane studierte, kam bei Anwendung von Jodtinktur zu keinem günstigen Resultat. Das Wesentliche dürfte die systematische Jodpinselung sein, wie man sie in den mitgeteilten Fällen ausführte. Nach einmaliger Jodpinselung war in der Folgezeit meist positiver Bazillenbefund zu konstatieren. Gewöhnlich ist nach einer durchgemachten Diphtherie nach 2—3 Wochen der Rachen bazillenfrei. Bei dem gesamten Material von Diphtheriefällen im Krankenhause war durchschnittlich in 50% der Fälle nach Gurgelungen mit den üblichen Desinfizienzien im Laufe von ca. 3 Wochen Diphtheriebazillenfreiheit der Halsorgane vorhanden.

Die übrigbleibenden, ein relativ großes Kontingent stellenden Fälle wurden durch jene Maßnahmen doch so günstig beeinflußt, daß St. die systematische Pinselung mit Jodtinktur in hartnäckigen Fällen, wo Diphtheriebazillen auf andere Mittel nicht schwinden, sehr empfehlen kann. In der Zeit, die während der Jodpinselungen verstreicht, würde fraglos der eine oder andere Patient spontan die Bazillen verloren haben, denn gerade in diesen Tagen werden ja noch so manche Kranke spontan bazillenfrei. Die diesbezüglichen Zahlen, die inzwischen noch wesentlich größere geworden sind, übertreffen aber, das lehrt die Statistik der nach der dritten Woche spontan bazillenfrei werdenden Patienten.

Beweisender noch als Zahlen erscheinen uns aber Einzelbeobachtungen von Fällen, die wochen- und monatelang Bazillenträger blieben und nach systematischen Pinselungen die Bazillen in diesen wenigen Tagen verloren.

St. verschweigt keineswegs, daß dies durchaus nicht immer glückt, daß Bazillenträger sowohl wie Diphtherierekonvaleszenten sich gegen die systematische Jodpinselung häufig genug refraktär verhielten; trotzdem ist die Anwendung des Verfahrens unbedingt anzuraten. In der beträchtlichen Anzahl von Fällen, wo es wirksam ist, verkürzt es die Quarantänezeit der Patienten wesentlich und beseitigt die Gefahr so manchen Bazillenträgers. Grätzer.

G. Jochmann, Zur Prophylaxe der Diphtherie. (Aus der Infektionsabteilung des Rud.-Virchow-Krankenhauses.) (Medizin. Klinik. 1913. Nr. 24.) Selbst die wenigen in der Literatur vorhandenen Angaben über bedrohliche Symptome infolge von Allergie bei der Reinjektion müssen uns veranlassen, daran zu denken, nach Möglichkeit dieses Hindernis aus dem Wege zu räumen, das der Durchführung prophylaktischer Schutzimpfungen im Wege steht. Die Tierexperimente von Ascoli und anderen haben gezeigt, daß nur die Reinjektion des Serums der gleichen Tierart anaphylaktische Erscheinungen auslöst, daß aber die Reinjektion des Serums einer anderen Tierart uuschädlich ist. Es lag also nahe, Diphtheriesera herzustellen, die von verschiedenen Tieren gewonnen wurden, um bei der Notwendigkeit einer Reinjektion das Serum einer anderen Tierart wählen zu können. Da zur Herstellung des therapeutischen Serums Pferde benutzt werden, so

ging man daran, zur Herstellung von Prophylaktikerserum Hammel und Rinder zu verwenden. Bei beiden Tierarten ist die Immunisierung jedoch nicht leicht, da die Tiere sehr empfindlich sind und häufig dabei zugrunde gehen. In größerem Maßstabe wird ein durch Immunisierung von Rindern hergestelltes Diphtherieserum neuerdings von den Höchster Farbwerken abgegeben, das in Abfüllungen von 500 Immunisierungseinheiten in den Handel kommt. Der Einführung eines solchen Rinderserums stellt sich aber eine Schwierigkeit entgegen. Rinderserum soll beim Menschen toxisch wirken und namentlich bei Kindern im ersten Lebensjahre Kollapserscheinungen auslösen können. Diese in verschiedenen Abhandlungen über Serumtherapie wiederkehrende Bemerkung mußte viele von der Anwendung des Serums abhalten. Da J. bei früheren Versuchen an Blutern, die mit dem Serum verschiedener Tierarten angestellt wurden, von einer toxischen Wirkung gut abgelagerten Rinderserums niemals etwas bemerkt hatte und das genannte prophylaktische Rinderserum der staatlichen Kontrolle untersteht, so trug er keine Bedenken, das Serum in größerem Maßstab anzuwenden. Er hat 79 Personen prophylaktisch mit Rinderserum behandelt, darunter befanden sich 32 Säuglinge im ersten Lebensjahre, 17 Kinder im zweiten Lebensjahre und 23 Kinder über zwei Jahre, sowie sieben Erwachsene. Unter den 79 Fällen wurden viermal Rötung und Schwellung an der Impfstelle beobachtet, die sich wenige Stunden nach der Injektion einstellten und schon am nächsten Tage wieder verschwunden waren. Vorübergehende Temperatursteigerungen am Tage nach der Injektion wurden dreimal bei Kindern im zweiten Lebensjahre gesehen, und zwar stieg die Temperatur einmal auf 37,6°, einmal bis auf 38,3° und einmal bis auf 39°. Im letzten Falle war die Impfstelle gleichzeitig gerötet und schmerzhaft, doch waren schon am Tage nachher Fieber und Schmerzhaftigkeit wieder abgeklungen.

Serumexantheme, die sich etwa acht Tage nach der Injektion einstellten, wurden viermal bei Kindern über zwei Jahre beobachtet und einmal bei einem Säuglinge von 14 Wochen. Die genannten Symptome unterscheiden sich in keiner Weise von den Nebenwirkungen, die man ebenso oft auch bei der Injektion des gebräuchlichen, durch Immunisierung von Pferden gewonnenen Diphtherieserums beobachtet. Kollapserscheinungen wurden nach der Einführung des Serums in keinem Falle gesehen.

Daß dem hier geprüften Rinderserum dieselbe Schutzwirkung innewohnt wie dem sonst gebräuchlichen Pferdeserum, scheint daraus hervorzugehen, daß unter den behandelten 79 Fällen, die alle wegen vorübergehenden Zusammenseins mit Diphtheriekranken gespritzt wurden, keiner an Diphtherie erkrankte.

Nachdem also gezeigt worden ist, daß diesem Rinderserum keine toxischen Eigenschaften innewohnen, möchte J. es zur prophylaktischen Immunisierung empfehlen.

Ferner wäre zu wünschen, daß noch ein etwas hochwertigeres Rinderserum in den Handel gebracht wird, damit wir in der Lage sind, es bei Diphtheriefällen zu verwerten, wo man gezwungen ist, eine bis zwei Wochen nach der ersten therapeutischen Einspritzung eine erneute Seruminjektion zu machen. Das gilt besonders für die

ausgebreiteten und progredienten postdiphtherischen Lähmungen. Nachdem man sich überzeugt hat, daß solche Lähmungen unter Anwendung hoher Serumdosen — J. gibt in zwei Tagen 36000 Immunisierungseinheiten des gewöhnlichen Diphtherieserums — oft in günstigster Weise beeinflußt werden, wäre es sehr zu begrüßen, wenn man bei solchen Fällen ein hochwertiges Rinderserum verwerten könnte. Man würde dann vielleicht sogar den Weg der intravenösen Einverleibung in solchen Fällen wählen können, den J. bisher wegen der Möglichkeit, stürmischere anaphylaktische Erscheinungen zu bekommen, dabei nicht gewagt hat. Grätzer.

E. Vollmer (Bad Kreuznach), Über Kinderheilstätten und Seehospize im Kampfe gegen die Tuberkulose. (Fortschritte d. Medizin. 1913. Nr. 37.) 1. Die Weiterentwicklung der Kinderfürsorge und speziell die Fürsorge der tuberkulosebedrohten Kinder muß intensiv betrieben werden. —

2. Eine systematische Suche nach skrofulösen und initialtuberkulösen Kindern kann nur dadurch gelingen, daß auch auf dem Lande und in kleineren Städten ganz allgemein Schulärzte angestellt werden. —

3. Die von den Schulärzten ausfindig gemachten tuberkulösen und skrofulösen Kinder müssen den Fürsorgestellen für Tuberkulosebekämpfung bekannt gegeben werden, und diese müssen die Überweisung der Kinder in Kinderheilstätten organisieren. —

4. Es wäre unzweckmäßig, einseitig die Seehospize als geeignet gegen die Skrofulose und gegen die Kindertuberkulose zu empfehlen. Jeder Klimawechsel erfüllt den Zweck. Die Hauptsache bleibt, daß die bedrohten Kinder erstens aus ihrer Umgebung einmal herausgeholt und zweitens durch eine ordentliche Anstaltspflege mit See- oder Solbädern, Wanderungen, Liegekuren gekräftigt und widerstandsfähiger gemacht werden. Grätzer.

Albert Niemann, Zur Symptomatologie der Poliomyelitis acuta. (Charité-Annalen. 1912. Bd. 36.) $4^1/_2$jähriges Kind. Plötzliche Erkrankung. Das Kind war so schwach, daß es nicht sitzen und stehen konnte, eine eigentliche Lähmung war aber nirgends vorhanden, es bestand nur hochgradige Schwäche. Einen Monat nach Beginn der Erkrankung bemerkten die Eltern eine Geschwulst am Bauch, die beim Husten, Aufrichten und Stehen besonders stark hervortrat, Aufsitzen nur mit Hilfe ausführbar (Parese beider Recti abdominis!). Es handelte sich um eine akute Poliomyelitis, als deren Folge eine partielle Lähmung der Bauchmuskulatur zurückgeblieben war. Eine solche Lähmung kann zur Verwechselung mit Hernien Anlaß geben. Therapie: sachgemäß angefertigte Leibbinden.

Sensibilität und Blasen- und Mastdarmstörungen sind häufige Begleiterscheinungen des paralytischen Frühstadiums. Von Hirnnerven ist besonders der Fazialis betroffen (enzephalitischer Typus). Durchschnittliche Mortalität: 10—15$^0/_0$. Kurt Mendel.

Helene Friedrike Stelzner, Schulärztliche Tätigkeit an höheren Schulen mit besonderer Berücksichtigung psychiatrischer Beobachtungen. (Medizin. Reform. 1913. Nr. 13.)

Verf. ist seit 8 Jahren als Schulärztin tätig. Sie möchte in den höheren Schulen unter den Schulrekruten die folgenden 3 Gruppen unterscheiden; 1. leicht schwachsinnige, debile; 2. schulunreife Kinder; 3. psychoneuropathische Kinder, die ganz besonders unter dem Schulmilieu und den Schulforderungen leiden. Die Schwachsinnigen erkranken, falls sie in der Schule verbleiben, an einer Überanstrengung ihrer intellektuellen Kräfte, die geradezu als eine Hemmung der Weiterbildung aufzufassen ist. Die Schulunreifen fügen sich nur mit großer Mühe der Schuldisziplin, sie vermögen das Ziel trotz äußerster, meist von den Eltern angepeitschter Anstrengungen nicht zu erreichen. Die neuropsychopathischen Kinder von schwächlichem Körper und nicht gerade glänzender Intelligenz beantworten die Schulreizungen mit einer Reihe von nervösen Symptomen: übertriebene Peinlichkeit bei Anfertigung der Schularbeiten, die sie geradezu zu Angstzuständen bringt, Schulangst mit morgentlichem Erbrechen, Schlaflosigkeit, nächtliches Aufschrecken, Empfindlichkeit. Unter den Begriff der Schulunreife fallen alle normalen Intelligenzen, die infolge von Krankheit, familialer Veranlagung oder ganz besonders ungünstiger Milieuverhältnisse in ihrem geistigen Geschehen, häufig auch körperlich hinter ihrem Altersniveau zurückgeblieben sind, dies aber nach einem halben, spätestens einem Jahre ohne weiteres erreichen und dann einen völlig normalen Entwicklungsgang durchmachen. Von psychotischen Bildern werden bei den Schulkindern vornehmlich Hysterie, verlarvte Epilepsie, manische depressive Zustände, Dementia hebephrenica beobachtet. Kurt Mendel.

Stray, Über den Einfluß des Kauaktes und über die Wirkung psychischer Faktoren auf die Beschaffenheit des Mageninhaltes nach Probefrühstück. (Boas' Archiv. 1912. Bd. 18. S. 495.) Durch psychische Momente (Erregungszustände vor und während der Sondierung) sowie auch durch die Art des Kauens (sorgfältiges oder mangelhaftes Kauen) kann die Azidität des Mageninhaltes beeinflußt werden. Der Einfluß tritt beim psychischen Affekt im Sinne einer Verminderung, bei ungenügendem Kauen im Sinne einer Steigerung der Azidität zutage. Der Einfluß des psychischen Faktors tritt gegenüber dem des Kauens in den Hintergrund. Die hierbei auftretenden Differenzen der Azidität sind im allgemeinen gering (selten über 10). Ungenügendes Kauen hat oft eine schlechte Chymifikation des Mageninhaltes zur Folge; der Einfluß macht sich auch häufig trotz vorhandener Hyperazidität geltend. Bei Anazidität sowie bei Subazidität ist die Chymifikation in der Regel auch bei gutem Kauen eine mangelhafte. Die Beschaffenheit des Gebisses allein hat keinen wesentlichen Einfluß auf die Art der Chymifikation. Die geschilderten Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf das Probefrühstück, lassen aber das Feld einer einheitlichen sorgfältigen Art des Kauens bei Einnahme des Probefrühstückes erforderlich erscheinen.
Nothmann.

M. Krüger-Franke, Über eine seltene Erkrankung eines Neugeborenen (akute Tetanie). (Zentralbl. f. Gyn. 1913. Heft 2.) Bei einem überlebenden asphyktischen Zwilling entfernte Verf. durch Trachealkatheter stinkendes Fruchtwasser. Am 2. Tage p. p. tonische Krämpfe der gesamten Muskulatur, auch Opisthotonus und Kontrak-

turen in den Ellbogen- und Kniegelenken. „Die Haut des ganzen Körpers war wie feuchte Pappe anzufühlen; das Kind brach stinkende eitrige Massen." Abends Exitus. — Im steril aufgehobenen Darm waren Streptokokken. Der Verf. glaubt, es handle sich um eine Sepsis mit meningealen Reizsymptomen, und durch Resorption von Toxinen aus Magen und Darm sei eine akute Tetanie entstanden.

Wegscheider.

Fein, Über die Pathogenese zweier Komplikationen nach Adenotomie. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1913. Heft 2.) Verschiedentlich wurde schon beschrieben, daß Kinder 2—4 Tage nach der Adenotomie den Kopf steif halten, meist aufrecht, auch nach der einen oder anderen Seite hin geneigt. Die meisten Autoren brachten diesen Zustand mit einer Infektion der Lymphdrüsen am Halse in Zusammenhang. F. kommt nach Untersuchungen von 5 Fällen zu dem Resultat, daß es sich um Muskeldehnungen, Zerrungen, vielleicht Zerreißungen von Muskelfasern im Bereiche der Nackenmuskulatur handelt. Diese kommen dadurch zustande, daß das Kind sich durch maximale Rückwärtsbeugung dem schmerzhaften Eingriff zu entziehen sucht, was aber durch die Assistenten, der bestrebt ist, den Kopf nach vorn zu beugen, verhindert wird. Auch bei narkotisierten Kindern trifft dies zu, da die Narkose nie so tief ist, um Abwehrbewegungen völlig zu verhüten. Die zweite Komplikation ist die Umwandlung der vor der Operation bestehenden Rhinolalia clausa in eine Rhinolalia aperta. Diese Veränderung, welche meist nur vorübergehend ist, beruht nach den bisherigen Ansichten auf der durch die lange Untätigkeit entstandenen Insuffizienz des weichen Gaumens, den Abschluß wiederherzustellen. F. führte auch diese Affektion auf traumatische Muskelläsionen zurück, und zwar auf Zerrungen oder Zerreißungen von Muskelfasern im Velum, die besonders häufig eintreten sollen bei Benutzung des von ihm selbst angegebenen rechtwinkeligen Adenotoms. Bei diesem muß das Vorziehen des weichen Gaumens mit einer gewissen Kraft geschehen, so daß es unvermeidlich ist, daß dabei einmal Zerrungen stattfinden. Da das offene Näseln aber nur einige Tage andauert, fällt dieser Nachteil seines Instruments bei den nach der Ansicht des Verf. bestehenden Vorzügen nicht ins Gewicht. A. Sonntag (Berlin).

Josef Hertle, Erfolge mit der Ausschaltung der Achillessehne beim schweren Plattfuß nach Nicoladoni. (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Graz). (Arch. f. klin. Chirurgie 1912. Bd. 93. Heft 3.) Die Ausschaltung der Achillessehne ist die einfachste aller blutigen Plattfußoperationen. Sie erlöst die Patienten in kürzester Zeit von ihren Schmerzen und macht sie dauernd berufsfähig. Sie führt zur anatomischen Wiederherstellung des Fußgewölbes. Schwere Störungen des Ganges durch die Operation sind nur vorübergehend. Die Achillessehne bildet sich nach längerer Zeit wieder, und meist tritt auch wieder die volle Funktion der Wadenmuskulatur ein. K. Boas (Straßburg i. E.).

G. Tugendreich, Einfluß der sozialen Lage auf Krankheit und Sterblichkeit des Kindes. (Krankheit und Soziale Lage. 1913. S. 26.) Die Stillung bietet dem Kinde einen mächtigen Schutz gegen

alle Schädlichkeiten, zumal auch gegen die Wirkungen der Armut. Die soziale Lage aber hindert einen erheblichen Teil der Mütter an der Stillung und deren hinreichender Dauer. Krankheit und Sterblichkeit des künstlich genährten Kindes wird in hohem Grade von der Armut ungünstig beeinflußt.

Jenseits des Säuglingsalters schwächen sich die Einwirkungen der sozialen Lage auf Krankheit und Sterblichkeit langsam ab, sind aber im Kleinkinderalter noch deutlich wahrnehmbar. Inwieweit in dieser Altersgruppe die ehemaligen Brustkinder noch Vorteile vor den ehemaligen Flaschenkindern genießen, ist noch nicht genügend erforscht. Für das zweite Lebensjahr darf ein erheblicher Vorteil als erwiesen gelten.

Von Nutzen wäre die Ausdehnung der Stillung über das erste Lebensjahr hinaus. Von grundlegender Bedeutung muß eine hinreichende Schulung des Mädchens zur Mutter sein, die sie völlig über Pflege und Erziehung des Kindes unterrichtet. Schließlich: Vom Standpunkte der Kinderfürsorge kann nicht einen Augenblick zweifelhaft sein, daß die Rückkehr der Mutter von der Erwerbstätigkeit in den Haushalt dringend zu wünschen ist. Verf. möchte die Worte, die Gruber, ein Bahnbrecher auf dem Gebiete der Hygiene gesprochen hat:

„Alle die sogenannten sozialen oder Wohlfahrtseinrichtungen, diese Heime für die verschiedenen Kategorien von Schwachen und Kranken, für Säuglinge, Kinder, Jugendliche usw. sind alle gut und recht. Aber wir dürfen nie vergessen, daß sie nur Surrogate sind für das, was wir nicht so leicht allgemein durchführen können, was aber das oberste soziale Ziel bleiben muß, die Sicherung des gesunden Gedeihens des Nachwuchses der Kinder wie der Erwachsenen im Schoße der Familie selbst. Sie wird stets das Fundament der menschlichen Gesellschaft bleiben, ohne welches das Fortleben einer hochkultivierten Gesellschaft nicht möglich ist." K. Boas (Halle).

A. Hübner, Zur Ätiologie des Riesenwuchses mit Berücksichtigung seiner forensischen Bedeutung. (Inaug.-Dissert. Berlin 1913.) Die obere Grenze des Gewichts Neugeborener kann — wenn auch selten — Werte von 6 kg und darüber erreichen. Kinder mit einem Gewicht von 4 kg und darüber werden in 3,64 % der Geburten beobachtet. Übermäßige Fruchtentwicklung wird durch verschiedene ätiologische Momente bedingt; als solche kommen in Betracht:

1. Rassenverhältnisse;
2. Konstitution der Eltern;
3. Verhalten der Mutter während der Schwangerschaft. — Ernährungsverhältnisse;
4. Heredität;
5. Alter der Mutter;
6. mehrfache Schwangerschaft;
7. frühzeitiger Menstruationseintritt;
8. Einfluß des Geschlechts;
9. Übertragung (?).

Das Gesetz kommt in seiner jetzigen Fassung den Ansprüchen auf Ehelichkeit und Vaterschaft am nächsten. Einer Abänderung bedarf es daher nicht. K. Boas (Halle).

J. Levy, Über das Verhalten der Nebennieren bei Hydrocephalus congenitus. (Inaug.-Dissert. Berlin 1913.) Mit Hydrocephalus congenitus ist in der Regel eine Aplasie des Nebennierenmarkes verbunden. Diese Markaplasie ist mit Wahrscheinlichkeit als die Folge einer Entwicklungshemmung anzusehen. Die Rindensubstanz weist in der Regel keine erheblichen Veränderugen auf; jedoch sind in einigen Fällen schwere degenerative Prozesse festzustellen, die wohl auf einer starken Stauungshyperämie beruhen. Die schlechte Ausbildung des Marks bewirkt nicht selten eine schon makroskopisch erkennbare Kleinheit der Nebennieren. Die ebenfalls beobachteten zystischen Bildungen der Nebennieren sind wohl auf ältere Blutungen zurückzuführen. Weder die Befunde an den Hydrocephalen selbst, noch die Vergleichung mit analogen Mißbildungen lassen den ursächlichen Zusammenhang zwischen den Veränderungen des Nebennierenmarks und denen des Gehirns mit Sicherheit erkennen. Doch ist es als wahrscheinlich zu erachten, daß beide sich nicht gegenseitig bedingen, daß vielmehr beide einer gemeinsamen Ursache ihre Entstehung verdanken. K. Boas (Halle-Saale).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Markl und **Felix Pollak,** Kritisch-experimenteller Beitrag zur Differentialdiagnose der Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen nebst Beobachtungen über das Vorkommen derselben im Rachen Gesunder. (Aus dem staatlichen Laboratorium für medizinische Diagnostik in Triest.) (Wiener klin. Wochenschrift . 1913. Nr. 40.) Rekapituliert man die Ergebnisse der Arbeit, so kann man das Wichtigste in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Im Nasenrachensekrete von 91 gesunden Personen, bei welchen keine Berührung mit Diphtheriekranken nachweisbar war, wurden mittels der Tellurplatte in vier Fällen hochvirulente Diphtheriebazillen nachgewiesen.

2. In sechs Fällen wurden Bazillen gefunden, welche sich von den Diphtheriebazillen nur durch ihre Avirulenz unterschieden und daher als avirulente Diphtherie- oder echte Pseudodiphtheriebazillen bezeichnet wurden. 18mal wurde ein mit dem Hofmannschen Pseudodiphtheriebazillus identisches oder verwandtes, kurzes, diphtherieähnliches Stäbchen isoliert.

3. Für die Auffindung und Isolierung der genannten Keime leistete die Tellurplatte vorzügliche Dienste.

4. Zur Unterscheidung der Diphtheriebazillen von den verschiedenen diphtherieähnlichen Mikroorganismen hat sich keines der angegebenen morphologischen Merkmale und keines der geübten älteren oder vorgeschlagenen neueren Verfahren als ausnahmslos gültig und in allen Fällen für sich allein zur Diagnose ausreichend bewährt, sondern es bedurfte dazu wiederholt der Konkurrenz mehrerer Kriterien.

Die epidemiologische Bedeutung dieser Befunde erhellt aus den Schwierigkeiten der Diphtheriebekämpfung. Die Ermittlung von Bazillenträgern unter den Bewohnern geschlossener Anstalten, in

welchen weder vor-, noch nachher eine Diphtherieerkrankung vorkam, ist jedoch eine so bedeutsame Tatsache, daß Verff. nicht ohne einige aufklärende Bemerkungen an ihr vorübergehen können. Drei von den Trägern der virulenten Bazillen wurden im Lazarett, einer im Militärspital entdeckt. Im Lazarett war vor Beginn der Untersuchungen eine anginöse Halserkrankung beobachtet und von Verff. auf Grund des bakteriologischen Befundes als diphtherieverdächtig erklärt worden, die Bazillen wurden aber später als ein zuckervergärender Pseudostamm erkannt. Verff. hatten bei diesem Falle noch nicht die Tellurplatte verwendet, und es ist immerhin möglich, daß die Diphtheriebazillen neben den überwuchernden Pseudobazillen entgangen sind. Von irgendeiner anderen verdächtigen Erkrankung war weiter nichts zur Kenntnis gelangt. Verff. müßten sich somit konsequenterweise entweder an die Seite jener in der Minderzahl befindlichen Forscher stellen, die für die Ubiquität der Diphtheriebazillen eintreten, oder die Herkunft der Bazillenträger aus einem Diphtheriebezirke nachweisen. Nun kamen allerdings die Lazarettinsassen aus hygienisch höchst verdächtigen und unkontrollierten Gegenden, und auch die Soldaten befanden sich in einer großen verkehrsreichen Stadt, in welcher kontinuierlich Diphtheriefälle auftraten: strikten Beweis des stattgehabten direkten oder indirekten Kontaktes mit einem Diphtherieerkrankten zu erbringen, halten Verff. jedoch für unmöglich. Zu einer Stellungnahme in der Ubiquitätsfrage sind daher diese Fälle nicht geeignet. Grätzer.

E. Wieland, Über schwere Verdauungsinsuffizienz jenseits des Säuglingsalters. (Korrespond.-Bl. f. Schweizer Ärzte. 1913. Nr. 40.) Zwei interessante Fälle. Der erste, nach halbjähriger Spitalbehandlung geheilt entlassene Fall (H. G. $2^1/_2$ Jahre alt) bildet ein typisches Beispiel von sogen. „intestinalem Infantilismus", während Verf. den zweiten Fall, einen $5^1/_2$jährigen, nach dreivierteljähriger Behandlung in scheinbar voller Rekonvaleszenz im Spital verstorbenen Knaben, trotz vieler gemeinsamer Züge im klinischen Bild, nicht ohne weiteres in die Kategorie dieser angeborenen „endogenen" Ernährungsschwäche zählen möchte. Vielmehr glaubt Verf. berechtigt zu sein, die Hauptschuld an der schweren konsekutiven Wachstums- und Ernährungsschwäche dieses Knaben in jahrelangen groben Verstößen gegen die Regeln einer rationellen Säuglings- und Kinderernährung zu suchen.

Das Gemeinsame der beiden Krankengeschichten war in die Augen springend. In beiden Fällen handelte es sich um ältere, der Säuglingsperiode längst entwachsene Kinder, deren gestörte Ernährungsfunktionen wieder vollständig denjenigen eines dyspeptischen Säuglings entsprachen und die daher Monate lang, bzw. (Fall 2) Jahre lang in ihrem Körpergewicht stillstanden. Während sich aber im ersten Fall die schwere Verdauungsinsuffizienz ganz allmählich bei dem vorher völlig gesunden Kinde ausbildete und zu einem eigentlichen Rückfall in die Säuglingszeit führte, aus der sich das Kind nur sehr langsam und unter größter Schonung seines, allem Anscheine nach originär minderwertigen Ernährungsapparates erholte, dürfte die gleich schwere Verdauungsinsuffizienz im zweiten Falle eher aufzufassen sein als die Folge immerwiederkehrender und bis in die erste Lebenszeit

zurückreichender, grober alimentärer Schädigungen, denen das ursprünglich vielleicht ganz widerstandsfähige Kind auf die Dauer nicht gewachsen war. In derartigen, weniger an und für sich, als in dem beschriebenen exzessiven Maße seltenen Fällen dürfte es richtiger sein, von einer erworbenen exogenen, im Gegensatz zu der endogenen (Heubner) Minderwertigkeit des Ernährungsapparates zu sprechen. Auch eine Kombination beider ätiologischer Momente ist natürlich denkbar. Und es ist nicht ausgeschlossen, daß gerade der zweite Fall eine solche darstellt. Anlagedefekt (konstitutionelle Schwäche) und frühzeitige Ernährungssünden wirken dann zusammen, um ein besonders schweres, schon in der Säuglingsperiode manifestes und später immer deutlicher ausgesprochenes Krankheitsbild zu erzeugen.

Für die Therapie, welche eine rein diätetische, vom jeweiligen Verhalten der Entleerungen, der Temperaturen und der Gewichtskurve abhängige ist, kommt es schließlich auf dasselbe hinaus, ob wir die letzten Ursachen der Störung mehr in endogenen, oder mehr in exogenen Faktoren zu suchen haben. Die Prognose freilich wird im ersteren Falle wesentlich reservierter gestellt werden müssen. Vom rein praktisch-therapeutischen Standpunkte aus scheint die hervorragend gute Wirkung der Eiweißmilch am meisten Beachtung zu verdienen. Wir kennen kein Diätetikum, das bei schweren Gärungsdyspepsien eine gleich sichere Wirkung entfaltet. Ihrer allgemeineren Anwendung als Heilnahrung bei entsprechenden schweren Störungen älterer Kinder und Erwachsener dürfte einstweilen nur ihr leider sehr wenig ansprechender Geschmack im Wege stehen. Grätzer.

André Thomas und **Jumentie,** Ein Fall von Wurzellähmung des Plexus brachialis durch Zerrung. (Revue neurologique. 1913. 3. April.) Vorstellung eines 11 jährigen Knaben mit hochgradiger Atrophie von rechter Schulter, Ober- und Unterarm als Folge eines Unfalles im 9. Lebensjahr. Der Knabe bewachte damals ein Pferd und hielt es an dem um den Arm gerollten Zügel. Das Tier ging durch, dabei gab es eine plötzliche, von heftigem Schmerz begleitete Zerrung des Armes. Der Knabe verlor das Bewußtsein, und als er wieder zu sich gekommen war, hing der Arm schlaff herab. Die Beweglichkeit kehrte nach und nach gegen die Wurzel des Gliedes wieder, aber die Atrophie nahm immer noch zu. Zurzeit können die Finger nicht gestreckt werden, während die Beugebewegungen weniger eingeschränkt sind. Die Sensibilität ist in allen Qualitäten gestört, besonders im Bereich der untersten Wurzeln C 7, C 8, D 1. Die außerdem vorhandenen okulo-pupillären Erscheinungen bestehen in Exophthalmus und leichter Myosis, und von Zeit zu Zeit findet sich eine Hyperämie des rechten Ohres.

Die anfänglich totale Lähmung ist in den oberen Wurzeln zurückgegangen, eine mit den Arbeiten von Guillain nicht übereinstimmende Tatsache. Die Sensibilität scheint von den oberen zu den unteren Wurzeln allmählich zurückgekehrt zu sein, wenn man auch um so größeren Lokalisationsfehler beobachtet, je weiter unten die Wurzel ist, deren Sensibilität man prüft. — Die trophischen Störungen erstreckten sich nicht nur auf die Muskeln, sondern auch auf die Knochen, die rarefiziert und transparent, einen Entwicklungsstillstand erlitten haben. H. Netter (Pforzheim).

Variot, Ein mit Natrium citricum geheilter Fall von Merycismus. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. de Paris. 1913. 25. April.) Seit dem 9. Jahr hatte das 12jährige Mädchen diesen eigenartigen Zustand, der sich nur wenig auf Milch und Purées, desto mehr aber auf Fleisch erstreckte und der durch Natr. citr. sehr günstig beeinflußt wurde. — Marcel Sabbé hat einen analogen Fall beobachtet. Hier bestand der Merycismus ausschließlich für Fleisch.

H. Netter (Pforzheim).

Berdin, Ein Fall von suffokatorischer Struma bei einem Neugeborenen. (Le Loire médicale, 1913, Nr. 10, 15. Jan.) Der von einer gesunden und aus kropffreier Familie stammenden Mutter nach langer und schwieriger Arbeit über den abgewichenen Kopf zur Welt gebrachte Neugeborene wurde gleich bei der Geburt, nach dem ersten Schreien, zyanotisch. Man macht künstliche Atmung mit ihm, und er kam wieder zu sich, um wieder zyanotisch zu werden, sobald man ihn sich selbst überläßt. Man konstatiert am Hals einen nach Form und Sitz an eine ganz typische diffuse Schilddrüsenhypertrophie erinnernden voluminösen Tumor. Die Schilddrüse ist sehr deutlich abgezeichnet mit ihren beiden Seiten- und ihren Mittellappen und der Pyramide, das Ganze gleichmäßig vergrößert und einen einer mittelgroßen Mandarine vergleichbaren, fest sich anfühlenden Vorsprung bildend. In normaler Rückenlage erfolgen die Atembewegungen selten, es kommt zu Stridor, Keuchen, Zyanose. Forcierte Beugung des Kopfes vermehrt die Asphyxie, Hyperextension. dagegen läßt das Kind rosiger werden und leichter atmen. Mit einer Nackenrolle wird das Kind in dieser Position gelassen und sorgfältig überwacht. Am folgenden Morgen ist der Zustand derselbe, aber von einem chirurgischen Eingriff wird abgesehen. Zwei Tage post part. wird ein Versuch an der Brust gemacht, aber es droht augenblicklich Erstickungsgefahr, und man muß das Kind mit dem Löffel ernähren. Indes ist die Schwellung bereits kleiner geworden, und die Schilddrüse erscheint vielleicht nur noch in ihren Konturen deutlicher. Im Zeitraum von vier Tagen wird sie um die Hälfte kleiner, und nach und nach kann das Kind sich ernähren, ohne asphyktisch zu werden. Als nach 20 Tagen Mutter und Kind zur Entlassung kamen, war dieses wohlgebildet und wog 3,100 kg; seine Schilddrüse, mindestens um $^3/_4$ reduziert, zeichnete sich noch immer sehr deutlich an der Vorderseite des Halses ab. Kein Anfall von Zyanose mehr. — Es handelt sich sonach um einen typischen Fall von akuter Kongestion der Schilddrüsen bei einem Neugeborenen oder um einen vaskulären Kropf, wohl zu unterscheiden von der parenchymatösen Form oder der Struma congenita im eigentlichen Sinn.

H. Netter (Pforzheim).

Méry, Salin, Wilborts, Parameningokokken-Zerebrospinalmeningitis, mit Antiparameningokokkenserum geheilt. (Bull. et chém.) (Soc. méd. des hôp. 1913. 14. Febr.) Bei dem 3jährigen, mit allen Zeichen der klassischen Zerebrospinalmeningitis eingelieferten Kind war das Antimeningokokkenserum gänzlich wirkungslos geblieben. Nachdem Dopter durch Agglutination den Parameningokokkus identifiziert hatte, ging man zu Injektionen von Antipara-

meningokokkenserum über, die schnell von der Heilung des Kranken gefolgt waren. Irgendeine Serumerscheinung wurde nicht beobachtet, aber die Patientin trug eine völlige Labyrinthtaubheit davon.

Salin berichtet im Anschluß hieran über ein an Zerebrospinalmeningitis erkranktes Kind. In der ersten Phase nahm die Krankheit einen normalen Verlauf, aber in der zweiten traten unverkennbare Zeichen von Kachexie hinzu: Amyotrophie, Hautpigmentierung, geistiger Torpor usw. Nachdem Dopter erkannt hatte, daß es sich nicht um den Meningokokkus, sondern um den Parameningokokkus handelte, wurden Injektionen von Serum dieses letzteren, zunächst subkutan, dann intraspinal, gemacht und drei Tage später war die Heilung vollständig. H. Netter (Pforzheim).

André Thomas, Benedicts Syndrom. (Revue Neurologique 1913.) (Soc. de Neurol., 6. März.) Im Gefolge von Masern trat bei einem kleinen Mädchen eine Hemiplegie mit Paralyse des linken 3. Gehirnnerven und halbseitigem Intentionstremor ein. Außerdem ist Stauungspapille vorhanden. Als wahrscheinlicher Krankheitsprozeß wird ein pedunkulärer Tuberkel angenommen.
H. Netter (Pforzheim).

Mme. Tinel-Giry, La poliomyélite épidémique. (Maladie de Heine-Medin.) (Thèse de Paris 1911.) Der Arbeit liegen 150 Fälle von Poliomyelitis zugrunde, die Verf. anläßlich einer Epidemie in Paris beobachtet hat. Die Krankheit ist saisonweise während der Sommermonate (August, September, Oktober) 1909 und 1910 aufgetreten. Sie hat jetzt die Tendenz, einen epidemischen Charakter anzunehmen. Verf. meint, daß die Einzelfälle von Kindeslähmung im allgemeinen nur sporadische Äußerungen der Krankheit darstellen. Die Fälle von direkter Ansteckung sind sehr selten, und die Krankheit mehr epidemisch als ansteckend. In klinischer Hinsicht muß man bei der gewöhnlichen Form eine fieberhafte präparalytische Periode mit ihren drei verschiedenen Typen: fieberhaft, meningitisch oder schmerzhaft, und eine paralytische Periode mit vollständiger oder unvollständiger Rückbildung unterscheiden. Seltene Formen stellen die Krankheitsbilder mit Reizung des Pyramidenbündels, mit persistierenden Schmerzen (neurotische Formen), die Landrysche Paralyse, die Polyencephalitis, Poliomyelitis usw. dar.
Kurt Boas (Straßburg i. E.).

R. Tunnicliff, The content in antibodies of normal human colostrum and milk. (From the Memorial Institute of infectious diseases, Chicago.) (Journ. of infectious diseases. No. 3. Vol. XI. November 1913.) Verf. fand, daß die normale Kolostrummilch mehr Opsonine für den Streptokokkus, Staphylokokkus und Tuberkelbazillus als die spätere Milch, aber weniger als das Blutserum enthält. Bestätigen sich diese Befunde, so wäre es nach Ansicht von Faumlener, dem Verf. in diesem Punkte beistimmt, zweckmäßig, Neugeborene mit Kolostralmilch zu ernähren. K. Boas (Straßburg i. E.).

F. C. Eastman und **A. J. Resanoff,** Association in feebleminded and delinquent children. (American Journ. of Imandly. Vol. LXIX. Nr. 1. Juli 1912.) Die Verff. gelangten auf Grund zahl-

reicher Assoziationsversuche an geistesschwachen und kriminellen Kindern zufolgenden Ergebnissen:

1. Zustände von zurückgebliebener geistiger Entwicklung bieten gewisse ziemlich charakteristische Assoziationsneigungen dar.

2. Diese Neigungen sind oftmals charakterisiert durch Reaktionsfehler, nicht spezifische Reaktionen oder gewisse Typen von individuellen Reaktionen.

3. Der Assoziationsversuch ist in der von den Verff. angegebenen Art und Weise ein Hilfsmittel für die Diagnose des kindlichen Schwachsinnes. K. Boas (Straßburg i. E.).

A. H. H. Howard, A case of Dermatitis gangraenosa infantum. (British Journ. of Dermat. Juli 1913.) Bei dem 10 Monate alten, elenden und unter schlechten hygienischen Verhältnissen lebenden Kinde traten nach Ablauf von Windpocken Blasen auf Hals, Wange, Lenden und Ohren auf. Die Blasen bedeckten sich mit schwarzen, nekrotischen Schorfen, unter denen sich ulzerierende eiternde Flächen bildeten. Fieber und starke Diarrhoe bestanden daneben. Trotz sorgfältigster antiseptischer Behandlung und kräftigender Diät trat der Exitus ein. Max Joseph (Berlin).

H. J. Bing und **O. Windelöv,** Untersuchungen über den Blutzucker bei Säuglingen. (Aus der VIII. Abt. des Kommunehospitals.) (Direktor Dr. med. H. J. Bing.) (Festband anläßlich des 50jährigen Bestehens des Kopenhagener Kommunehospitals.) (Bibliothek for Läger 1913. Heft 1—3.) Durch Untersuchung nach der Bangschen Mikromethode fanden die Verff., daß die Menge des Blutzuckers und seine Schwankungen nach den Mahlzeiten und unter pathologischen Zuständen sich im ganzen auf gleiche Weise bei Säuglingen und Erwachsenen verhalten. Sie konnten sodann nachweisen, daß die von Cobliner (s. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 1) bei Säuglingen gefundene Hyperglykämie von alimentärem Ursprung ist, von der Zeit nach der letzten Mahlzeit und von der Art der Mahlzeit abhängig. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. Elgart (Kremĕříž, Mähren), Zur Kritik der Milneschen Methode der Behandlung und Prophylaxis bei Scharlach und Masern. (Casopis cèských lékaiur. 1913. No. 14. Böhmisch.) Die Milnesche Methode empfiehlt der Verf. für Krankenhäuser, humanitäre Anstalten, Pensionen u. dgl. als Prophylaktikum; therapeutisch bewährt sie sich namentlich bei Scharlach und ist imstande, die Zahl der ernsteren Komplikationen zu vermindern (Nephritis um 50%). Verf. verwendete therapeutisch und prophylaktisch bei Scharlach Inhalationen von aqua calcis 30—50%, bei Masern gibt er aber der Milneschen Methode den Vorzug. Übrigens empfiehlt er eine Kombinierung beider Methoden (Inhalatio aq. calcis und Bestreichung mit Ol. eucalypt.). Jar. Stuchlík (München).

S. Ostrowski, Die Morphologie des Blutes bei der Raehitis (Russk. Wratsch. 1911. No. 45.) Nach eingehender Literaturübersicht und genauer Angabe seiner Technik bespricht der Autor die Blutbefunde bei 30 von ihm im St. Petersburger Findelhause untersuchten Fällen von reiner Rachitis, bei denen die Milz mehr oder weniger vergrößert war. Eine Durchsicht seiner in Tabellenform zusammen-

gestellten Fälle zeigt, daß sein Material aus 23 Knaben im Alter von 3—25 Monaten mit einem Gewicht von 4000—12000 g und aus 7 Mädchen im Alter von 5—19 Monaten, die 4050—8350 g schwer waren, bestand. 8 Kinder, 5 Knaben und 3 Mädchen, wurden ausschließlich an der Brust genährt, die übrigen 22 Kinder erhielten eine gemischte Nahrung. Die Milz ragte in allen Fällen $^{1}/_{2}$—3 Querfinger breit unter dem Rippenbogen hervor; mit Ausnahme eines einzigen Falles war sie immer weich. Die Lymphdrüsen waren nirgends vergrößert.

Der Hämoglobingehalt schwankte zwischen 40 % und 90 % (nach Tallquist) und betrug im Durchschnitt 60 %—70 %. Die Anzahl der roten Blutkörperchen schwankte zwischen 2880000 und 5230000; sie war aber in fast allen Fällen verringert und belief sich in Summa zwischen 3 und 4 Millionen. Der Farbenindex schwankte zwischen 0,6 und 1,2. In allen Fällen war eine Anisozytose und in geringerem Grade eine Poikilozytose zu finden. Die Anzahl der weißen Blutkörperchen schwankte zwischen 9100 und 19200. Wenn man 10000—12000 für den Quadratmillimeter als Norm für das gesunde Kind ansieht, so war in 4 Fällen eine geringgradige Leukozytose vorhanden; in den übrigen 26 Fällen hielt sich die Anzahl der weißen Blutkörperchen in den Grenzen der Norm. Was die einzelnen Arten der weißen Blutkörperchen betrifft, so überwiegen in 7 Fällen die Lymphozyten, in den anderen die feingranulierten Leukozyten. Die Übergangsformen und die Eosinophilen hielten sich in den Grenzen der Norm; allein in 12 Fällen war eine gewisse Eosinophilie vorhanden. In 2 Fällen waren kernhaltige rote Blutkörperschen, in einem Falle Erythroblasten und Myelozyten, in einem Falle nur Myelozyten zu finden. Diese Untersuchungen des Blutes bei Rachitis ergaben somit im Blute vor allem das Vorhandensein einer gewissen Oligochromämie, eine geringe Oligozythämie, ferner Anisozytose, sowie Poikilozytose, endlich einen normalen Gehalt an Leukozyten und ein Vorwiegen der feingranulierten weißen Blutkörperchen. Ein Fall, in dem Lymphozyten, kernhaltige rote Blutkörperchen und Myelozyten gefunden wurden, ergab bei der Sektion ein Gewicht der Milz von 160 g (gegen 20 g in der Norm). Diesen Fall glaubt der Autor in die Rubrik der Anämia lienalis infantum einreihen zu müssen. Bei einem Vergleiche der Resultate seiner Blutuntersuchungen bei Rachitis mit den Blutbefunden bei der Anämia lienalis infantum weist der Autor darauf hin, daß bei der letztgenannten Krankheit stets eine Lymphozytose und das Vorhandensein unreifer Blutelemente: Erythroblasten und Myelozyten, nachzuweisen sei, welcher Befund bei der Rachitis aber nur sehr selten vorkomme. Zum Schluß seiner Arbeit stellt der Autor folgende Thesen auf: 1. In der Mehrzahl der Fälle von reiner Rachitis ist das Blut als Gewebe krank, was seinen Ausdruck in der Oligochromämie, der Oligozythämie, der Anisozytose und der Poikilozytose findet. 2. Das histologische Bild des Blutes ist stark ausgesprochen, entsprechend der starken Vergrößerung der Milz. 3. Gewöhnlich ist die Zahl der Leukozyten normal; selten beobachtet man eine Leukozytose. 4. Der Übertritt unreifer roter und weißer Blutkörperchen aus dem Knochenmark ins Blut ist selten zu beobachten.

S. Rubinstein (Riga).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Berichterstatter: Schick (Wien).

Sitzung vom 29. Mai 1913.

Ernst Mayerhofer und E. Rach: **Ein Fall von Pylorospasmus im Säuglingsalter.** Beginn der Symptome in der 2. Lebenswoche. Therapeutisch hatten Magenspülungen guten Erfolg. Rach bespricht den Röntgenbefund, der tiefe Peristaltik und Verzögerung des Übertritts der Nahrung in das Duodenum ergibt.

Edmund Nobel: **Ein Fall von intestinalem Infantilismus (Herter).** 5½ Jahre alter Knabe, 75 cm lang (gegen 108 cm normal), Kopfumfang 44 cm, Brustumfang 49 cm. Körpergewicht bei der Aufnahme 7900 g, jetzt 6100 g. Erbrechen fast jeder Nahrung.

v. Pirquet: **Fünfjähriges Mädchen mit atypischem Rubeolenexanthem und Varizellen.** Rasche Verbreitung des Exanthems über den ganzen Körper, keine Prodrome. Temperatur 40,1. Ausschlag sehr intensiv, zuerst masern-, später scharlachartig. Die Röteln ließen am 1. Tage die Peripherie der Varizellen in einem Radius von ca. 1 cm frei, um sich erst nachher undeutlich über diese ausgesparten Stellen auszubreiten.

In der Diskussion wird von Friedjung und Zappert berichtet, daß in der diesjährigen Masernepidemie Koplikscho Flecken häufig gefehlt haben.

B. Sperk und A. F. Hecht: **Ein Fall von Adams-Stokesschem Symptomenkomplex im Kindesalter.** Der 4jährige Knabe wurde im Vorjahre mit Bradykardie nach Diphtherie demonstriert. Elektrokardiographisch ergab sich partielle Reizleitungsstörung. Seit 2 Monaten Anfälle von Bewußtlosigkeit, stockende Atmung und Bradykardie bis zu 40 Schlägen. Elektrokardiographisch ergab sich kompletter Herzblock. Außerdem wurde festgestellt, daß mehr als die Hälfte aller Kammerkontraktionen extrasystolischer Natur waren. Therapeutisch hatte Atropin vorübergehenden Erfolg. Physostigminum salicylicum (20 Tropfen einer einpromilligen Lösung) durch einige Tage des Morgens verabreicht, brachte die Extrasystolen und die Ventrikelstillstände und damit auch die Anfälle zum Schwinden. Es kam wieder zum Halbrhythmus.

Donath bespricht in der Diskussion ausführlich die sphygmographischen Kurven.

Sitzung vom 26. Juni 1913.

Max Zarfl: **Ein Fall von Pemphigus benignus congenitus.** Geburt normal, rasch beendet, 1½ Stunden nach dem Blasensprung. Das Kind kam mit dem Ausschlage zur Welt. Wassermann negativ. Allgemeinbefinden gut. Verf. bespricht die Frage der Ätiologie.

Hochsinger meint, daß solche Fälle nur so erklärt werden können, daß eine Verletzung der Fruchtblase und Infektion des Fruchtwassers mehrere Tage vor der Geburt eingetreten ist; es dürfte ein partieller Abgang von Fruchtwasser stattgefunden haben. Das, was als Blasensprung imponierte, war nicht der erste Abgang von Fruchtwasser. Auf hämatogenem Wege ist in diesen gutartigen Fällen die Infektion nicht zustande gekommen, denn das Kind müßte pyämisch sein. Leiner sah ein Kind, das mit Blasen an den Zehen und in der Malleolargegend zur Welt gekommen war. Hier handelte es sich um einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria Köbner.

Max Zarfl: **Leichenbefund bei einem Fall von Hirschsprungscher Krankheit.** Patient starb am Ende des 15. Monates. Anatomisch ergaben sich zwei scharfe Abknickungen im Dickdarm, einmal an der Flexura lienalis, das zweitemal 10 cm weiter analwärts. Das zwischen den Abknickungen gelegene Stück der Flexura sigmoidea war beträchtlich erweitert, und in ihm lag ein gänseeigroßer Kotstein, 64½ g schwer.

Diskussion. Spitzy weist auf den Zusammenhang zwischen Abknickungen des Darms und den angeborenen Strikturen hin. Einen diesbezüglich verwert-

baren Fall erwähnt Spieler. Lederer und Mayerhofer weisen auf die Möglichkeit von der neurogenen Entstehung mancher Fälle von Hirschsprungscher Krankheit hin.

Norbert Swoboda: **Ein geheilter Fall von Knochenzyste.** 12 Jahre altes Mädchen klagte vor $2^1/_2$ Jahren über unangenehme Schmerzen im Humerus, und zwar besonders beim Geigenspielen. Röntgenuntersuchung klärte den Fall auf. Operation (gutartiges myelogenes Riesenzellsarkom), Heilung.

Norbert Swoboda: **Chondrodystrophisches Kind einer chondrodystrophischen Zwergin.** Mutter 20 Jahre alt, der Sohn 4 Monate. Das Kind wog bei der Geburt 3850 g, war 48 cm lang. Die Diagnose wurde schon bei der Geburt gestellt.

E. Rossiwall: **Ein Fall von Vakzineübertragung auf die Analgegend.** 6 Jahre alter Knabe vor 15 Tagen geimpft. Seit einer Woche Schmerzen in der Analgegend, wo sich um die Analöffnung herum zahlreiche Impfpusteln vorfinden. Es ist dies der dritte Fall von sekundärer Vakzine ad anum, der von Verf. innerhalb eines Jahres beobachtet wurde. Bei allen Fällen waren Oxyuren nachweisbar.

Diskussion. v. Pirquet bemerkt, daß aus der Größe der Impfpusteln zu schließen ist, daß die sekundäre Vakzine am Impftage selbst durch Kratzen entstanden sein muß. v. Pirquet empfiehlt, daß nach Abtrocknen des Impfstoffes das Hemd angezogen werden soll. Abends soll man die Impfstellen gut abwaschen.

Egon Rach: **Umfangreicher Lungenherd mit eigentümlichem körnigen Kalkgerüst** (Röntgenbild). Im rechten Unterlappen sieht man einen pflaumengroßen Herd mit scharfer Begrenzung, rundlicher Gestalt, gelappter Oberfläche und eigenartigem, gleichmäßig grobem Kalkgerüst. (Tuberkulöser Herd? Verkalktes Chondrom?) Pirquet positiv.

Diskussion. Swoboda denkt an die Möglichkeit eines vom Mediastinum ausgehenden Teratoms.

Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.

(Nach Deutsche med. Wochenschrift.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

(Fortsetzung.)

Rosenberg (Berlin): **Über Pachymeningitis haemorrhagica.** Im Waisenhaus Berlin wurden in den letzten 4 Jahren 38 Fälle der Erkrankung beobachtet. Klinisch lassen sich drei Formen unterscheiden: 1. eine latent beginnende, 2. eine mit akuten Hirndruckerscheinungen beginnende und 3. eine foudroyant mit schwersten Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems beginnende Form. Das wertvollste diagnostische Hilfsmittel ist die Punktion der großen Fontanelle. Therapeutisch scheint Gelatineinjektion günstig zu wirken; wiederholte Punktion der Fontanelle bringt nur in ganz akuten Fällen Linderung. Die Erkrankung betrifft stets nur die Konvexität sowie die vordere und mittlere Schädelgrube, die hintere Schädelgrube bleibt stets frei. 80 % an Pachymeningitis leidende Kinder hatten vorher einen schweren hämorrhagischen Schnupfen, die Hälfte mit positivem Diphtheriebazillenbefund, durchgemacht. Die luetische Pachymeningitis verdankt ihre Entstehung ebenfalls der luetischen Nasenerkrankung.

Adolf Hecht (Wien): **Eigenartige Arhythmie bei einem Neugeborenen.** Bei einem gesunden, gut entwickelten Neugeborenen zeigte sich vom ersten Tage an eine eigenartige Arhythmie, die nach einer Woche vollständig und dauernd verschwand, die aber schon während der Wehen beobachtet wurde. Auf Grund der klinischen Beobachtung und kardiographischer Untersuchungen dürfte es sich um eine intrauterin entstandene, vorübergehende Schädigung der Vorhofsmuskulatur handeln.

Wieland (Basel): **Intermittierendes Herzgeräusch bei angeborener Trikuspidalatresie.** Es handelt sich um den ersten klinisch diagnostizierten Fall von angeborener Atresie der Trikuspidalis. Bei einem 4 Monate alten Mädchen bestand außer Zyanose mit Stauungserscheinungen, Hyperthrophie, Dyspnoe bei normaler Herzdämpfung ein lautes, von Schwirren begleitetes systolisches Geräusch über der Herzbasis, das wiederholt tagelang vollständig verschwand, um mehrmals unvermittelt an gleicher Stelle und in gleicher Intensität für kurze Zeit wieder aufzutreten. Anfallsweise stellten sich prolongierte Erstickungsanfälle mit gesteiger-

ter Zyanose und Bewußtseinsverlust ein, während denen das Geräusch nicht zu hören war. Die Sektion ergab völliges Fehlen des Ostium venosum dextrum samt Tricuspidalis, trichterförmige Kommunikation zwischen beiden Ventrikeln, offenes Foramen ovale, Hypertrophie des linken Ventrikels und beider Vorhöfe. Der rechte Ventrikel war nichts als ein bohnengroßer Appendix des linken.

Aschenheim (Dresden): **Hat die Sonnenbestrahlung einen Einfluß auf die weißen Blutzellen?** Direkte Besonnung von durchschnittlich einer Stunde ruft in der Blutzusammensetzung folgende Änderungen hervor: 1. eine allgemeine Vermehrung der weißen Blutzellen, 2. eine starke prozentuale und absolute Vermehrung der Lymphozyten, 3. eine starke prozentuale Verminderung der polynukleären neurophilen Zellen. Die Lymphozytose dürfte einer der Faktoren sein, auf welche die günstige Wirkung der Heliotherapie bei Tuberkulose zurückzuführen ist.

Diskussion. Feer (Zürich) rät, zu solchen Untersuchungen besonders Kinder mit offenen Fisteln heranzuziehen, da bekanntlich durch die Sonnenbestrahlung eine starke Sekretion hervorgerufen wird.

Raudnitz (Prag): **Zur Lehre vom Fazialisphänomen.** Ausgedehnte Untersuchungen über Häufigkeit und Stärke des Fazialisphänomens an einem großen Material von etwa 2000 Menschen (Poliklinik, Schulkinder, Soldaten, Insassen von Strafanstalten, Prostituierte). Das Phänomen tritt bis zum fünften Lebensjahre sehr selten, später etwa bei der Hälfte der Menschen auf. Ein Unterschied zwischen den im Freien lebenden Menschen und den in Anstalten untergebrachten ergab sich nicht. Ausgedehnte Tierversuche zeigten ferner, daß das Phänomen bei Ziegen und Schafen sich findet; bei Affen, Hunden, Katzen, Kaninchen, Schweinen, Pferden und Rindern dagegen nicht.

Rudolf Fischl (Prag): **Thymusextraktwirkung.** Einwandfrei gewonnene, aus der scheinbar auf der Höhe ihrer Funktion befindlichen Drüse von Kaninchen hergestellte Extrakte sind in ihrer Wirkung sehr inkonstant. Getrennte Mark- und Rindenextrakte zeigten keine Differenz im Effekt. Die wirksame Substanz, welche im Herzen und in den Gefäßen Blutgerinnung erzeugen soll, scheint nicht an die Drüsenzellen gebunden zu sein. Soweit die akute Wirkung bei intravenöser Infusion in Frage kommt, unterscheiden sich die Thymusextrakte in ihrer Wirkung nicht von anderen Organextrakten (z. B. Lungen), sodaß auf diesem Wege ein Schluß auf die Funktion der Drüsen nicht zu ziehen ist.

Bahrdt (Charlottenburg): **Ernährungsversuche mit Friedenthalscher Milch.** Mit der Friedenthalschen Milch, deren Prinzip erläutert wird, wurden im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus 150 Kinder ernährt, anscheinend mit einem Erfolge, der die Milch den gewöhnlichen Milchmischungen überlegen erscheinen läßt.

Diskussion. Erich Müller (Berlin): Die Friedenthalsche Milch enthält viel mehr Salze als die Frauenmilch.

Thomas (Charlottenburg): **Zusammenhang von Infektion und Ernährung.** Tierversuche an Ferkeln, die unter sonst gleichen Bedingungen mit verschiedener Nahrung: die einen mit kohlenhydratreicher, die anderen mit fettreicher, die dritten mit eiweißreicher Kost aufgezogen wurden. Die Injektion fand durch subkutane Injektion von Perlsuchtbazillen statt. Die beiden Eiweißtiere wiesen die geringste Ausbreitung der Tuberkulose auf, die Kohlenhydrattiere die größte.

Jehle (Wien): **Albuminurie.** Orthotische und lordotische Albuminurie folgen denselben Gesetzen. Dauer und Intensität der Albuminurie hängt von Dauer und Intensität der eiweißproduzierenden Ursache ab. Mit der Albuminurie gleichzeitig tritt Oligurie und vorübergehend Retention von Kochsalz und Harnstoff auf. Eventuell auftretende Zylindrurie wird durch lokales Ödem der Nieren bedingt. Der Effekt der Stauung hängt wesentlich von der Nierenkapsel ab, deren Funktion beim Zustandekommen und beim Verlauf der orthotischen Albuminurie eine große Rolle spielt.

Arvo Ylppö (Helsingfors): **Icterus neonatorum und Gallenfarbstoff beim Fötus und Neugeborenen.** Im Nabelschnurblut ist bei allen Kindern, ikterischen und nichtikterischen, eine vermehrte Menge von Gallenfarbstoff nachweisbar. Diese nimmt zu, und falls eine bestimmte Grenze überschritten wird, tritt Hautikterus auf. Die Entstehung des Icterus neonatorum, der eine physiologische und einheitliche Erscheinung sei, führt Vortragender auf fötale Verhältnisse zurück; auch beim Neugeborenen läßt die Leber noch einen Teil des Gallenfarbstoffes ins Blut übertreten, wie es die fötale Leber tut.

Frau Ada Hirsch (Wien): **Die physiologische Ikterusbereitschaft des Neugeborenen.** Alle Kinder haben bereits im Nabelschnurblutserum mehr Bilirubin als Erwachsene oder Kinder im Alter von wenigen Wochen. Die Stärke des Icterus neonatorum geht dem Bilirubingehalt des Nabelschnurblutserums parallel. Dieser Bilirubingehalt steigt in den ersten 24 Stunden an, ebentuell noch am zweiten Tage, um bei ikterusfreien Kindern rasch abzufallen, bei ikterischen längere Zeit auf gleicher Höhe zu bleiben. Das Serum des Neugeborenen enthält also schon vor der Abnabelung relativ viel Bilirubin. Der Befund spricht gegen die Annahme, daß als primäre Ursache des Icterus neonatorum eine Infektion oder irgend etwas, was erst post partum wirkt, in Betracht kommt. Mögen diese Faktoren den Verlauf beeinflussen, so besteht doch bei jedem Kinde unmittelbar nach der Geburt eine Ikterusbereitschaft, die als physiologisch anzunehmen ist.

Diskussion. Knöpfelmacher (Wien): Die Annahme Ylppös, daß fötale Verhältnisse das Primäre sind, ist nicht berechtigt, denn der Foetus zeigt keinen Ikterus. — Heubner (Dresden) hält durch Ylppös Ergebnisse die Quinckesche Theorie nicht für widerlegt. — Spitzy (Wien) weist auf die chirurgische Erfahrung hin, daß bei ikterischen Kindern die Heilungsverhältnisse besonders ungünstig sind und daß diese zu Infektionen neigen. — Langstein (Charlottenburg) erwägt den Zusammenhang zwischen Ikterus und Albuminurie der Neugeborenen. — Rietschel (Dresden) schreibt den mechanischen Veränderungen, die mit der Geburt verbunden sind, eine Rolle bei der Entstehung des Ikterus zu. — Raudnitz (Prag) sieht keinen Widerspruch zwischen den vorgetragenen Untersuchungen und der Quinckeschen Theorie. Die größeren Bilirubinmengen im Nabelschnurblut lassen sich aus dem Bilirubindepot des Foetus (Mekonium) erklären. — Ylppö (Schlußwort): Die Gallenfarbstoffbildung beim Fötus ist sehr klein (in der ganzen fötalen Periode 35 mg).

Hans Januschke (Wien): **Epilepsiebehandlung.** Die akute Bromnarkose der Versuchstiere, ferner der Schutz, den das Bromnatrium gegen künstlich erzeugte epileptische Krämpfe bei Tieren und auch bei zahlreichen menschlichen Epilepsieformen ausübt, kommen durch Bromionenwirkung zustande. Dagegen beruhen die Erscheinungen der chronischen Bromvergiftung bei Tieren und Menschen auf Chloridverdrängung und können verhütet werden, wenn man neben dem Bromnatrium chemisch äquivalente Kochsalzmengen füttert. Mit Bromkalzium gelingt es, auch solche Epilepsien zu heilen, bei denen Bromnatriumtherapie, selbst in Kombination mit kochsalzarmer Diät, versagt.

Diskussion. Langstein (Charlottenburg) fragt an, in welcher Dosis das Bromkalzium verwendet wird. — Blühdorn (Göttingen): Bei der Spasmophilie wirkt Bromkalzium nicht besser wie Chlorkalzium. — Januschke (Schlußwort): Bei einem 12jährigen Mädchen wurde bei kochsalzarmer Diät dreimal täglich 1 g Bromkalzium verabreicht.

Moll (Wien): **Experimentelle Spasmophilie.** Es gelingt, beim jungen Kaninchen durch eine Milch- und Mehlkost Ernährungsstörungen verschiedensten Grades hervorzurufen, die mit denen der ernährungsgestörten Kinder übereinstimmen. In einem bestimmten Stadium treten spasmophile Erscheinungen auf, die durch Beseitigung der Ernährungsstörungen (normales Futter) ausgelöscht werden können. Im Grünfutter ist es die Zellulose, welcher die heilende Wirkung zukommt. Im Verlaufe der künstlich gesetzten Ernährungsstörungen treten auch an Rachitis gemahnende Knochenveränderungen auf. Die Epithelkörperchen scheinen in der Weise an dem Zustandekommen der Spasmophilie beteiligt zu sein, daß sie in ihrer die Erregbarkeit hemmenden Normalfunktion durch die Ernährungsstörungen alteriert, d. i. geschädigt werden. Die primäre Ursache des Symptomenkomplexes bildet die mit der Ernährungsstörung verbundene Änderung des Stoffwechsels (vielleicht des Mineralstoffwechsels), welcher durch Zellulosefütterung günstig beeinflußt wird, die sekundäre jene der geschädigten Epithelkörperchen.

Berend (Budapest): **Die Magnesiumsulfatbehandlung der spasmophilen Krämpfe.** Stoffwechseluntersuchungen bei Spasmophilie haben Störungen nicht nur für Kalk und Phosphor, sondern auch für Magnesium nachgewiesen. Seit vier Jahren wendet Berend subkutane Injektion von Magnesium bei spasmophilen Kindern an unter Kontrolle der elektrischen Erregbarkeit. Der Einfluß der Magnesiuminjektion auf die K. Ö. Z. stellt sich prompt ein; auch die Anodenwerte werden günstig beeinflußt. Die Wirkung ist prompter als bei Kalkinjektion.

Die eklamptischen Anfälle verschwinden in $^{2}/_{5}$ der Fälle innerhalb 24 Stunden. Jedenfalls empfiehlt sich ein Versuch mit Magnesiumsulfat (15—20 cg pro kg Körpergewicht) bei Spasmophilie.

In der Diskussion treten Lust (Heidelberg), Blühdorn (Göttingen), Langstein (Charlottenburg) energisch für die Kalktherapie ein, die bei Spasmophilie sehr gute Resultate gebe. — Peiper (Greifswald) befürchtet die Giftwirkung des Magnesiums. — Ferner kommt die Verschiedenheit der Ansichten über die Epithelkörperchentheorie der Spasmophilie zum lebhaften Ausdruck.

J. Bruno (Heidelberg): **Über Poliomyelitis acuta.** Während einer in Nordbaden und in der Pfalz in diesem Sommer herrschenden Epidemie beobachtete Verf. mehrfach, daß sich kindliche Erkrankungen an Erkrankungen bei Tieren, die mit Lähmungserscheinungen einhergingen, anschlossen. In der Umgebung von Heidelberg konnten zehn derartige Fälle festgestellt werden. Das Material wird im Heidelberger Pathologischen Institut weiter untersucht.

Diskussion. Siegert (Köln): Eine Übertragung der Poliomyelitis durch den Kranken auf Gesunde kommt weder in überfüllten Proletarierwohnungen, noch in der Klinik vor, wohl aber gibt es eine Übertragung durch den gesunden Virusträger. — Neurath (Wien): Nach amerikanischen Berichten liegen die Tierlähmungen, wie sie häufig gleichzeitig mit der Poliomyelitis der Kinder zur Beobachtung kommen, ganz andere anatomische Läsionen zugrunde, die mit Poliomyelitis nichts gemein haben. — Jehle (Wien): Bei Poliomyelitis wie bei Zerebrospinalmeningitis kommt für die Weiterverbreitung der Erkrankung ausschließlich der gesunde Bazillenträger in Betracht.

Schick (Wien): **Experimentelle Serumtherapie beim Menschen.** 115 Heilversuche zur Entscheidung der Frage der Dosierung. Die Dosierung ist nicht nur nach der absoluten Menge des Serums, sondern vor allem nach dem Körpergewichte vorzunehmen. Die Resultate werden bei Steigerung der Dosis von 100 IE pro kg bis auf 500 IE pro kg besser. Eine weitere Steigerung der Dosis bringt keine Besserung der Wirkung. Die Verff. empfehlen bei leichter Erkrankung 100 IE pro kg, bei irgendwie schwerer 500 IE pro kg. Wiederholte Injektionen sind überflüssig.

(Schluß folgt.)

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Eichler: **Rachitische Veränderungen in der Mundhöhle.** Die rachitischen Veränderungen, speziell an den Kiefern, zeigen sich oft schon sehr früh (zweiter Lebensmonat), später auch bei Beginn des Durchbruches der einzelnen Zahngruppen durch das unregelmäßige Erscheinen derselben. Hypoplasien an den temporären Zähnen sehen wir äußerst selten, in diesem Falle werden sie mit Sicherheit kongenitale Lues anzeigen; an den bleibenden Zähnen finden wir sie bei Rachitis häufiger. Vergleichen wir die Kieferformen normal entwickelter Kinder mit denen rachitischer Individuen, so fällt die Verschiedenartigkeit der Kieferkurven auf. Während der normale Unterkiefer die Form einer Parabel erkennen läßt, zeigt der rachitische Unterkiefer eine polygonale Form, außerdem ist der Processus alveolar-lingualwärts geneigt, d. h. er hat seine vertikale Stellung verlassen und ist gewissermaßen nach einwärts gestürzt. Die Längsachse ist verkürzt. Die Schneidezähne stehen im späteren Lebensalter in einer fast geraden Linie, die bis zu den Kaninen reicht und von hier aus nicht bogenförmig, sondern in einer geraden Linie nach hinten verläuft. Im Oberkiefer ist bei normalen Verhältnissen die Kurve eine Ellipse, bei rachitischen Kiefern erscheint die Längsachse verlängert, also entgegengesetzt wie im Unterkiefer. Die größte Verengerung ist nicht wie beim Unterkiefer in der Eckzahngegend zu suchen, sondern mehr zurück in der Gegend, wo der Jochbogen in den Oberkiefer eingepflanzt ist. Diese Erscheinungen können wir besonders für den Unterkiefer durch Muskelwirkung erklären. Für den Oberkiefer sind die Erscheinungen nicht so leicht zu erklären. Die stärkste Veränderung fällt in die Gegend des Jochbogensatzes, wo wohl keine Muskelwirkung, sondern mehr der Druck des Jochbogens auf den sich schnell entwickelnden Processus alv. in Frage kommen dürfte. (Demonstration von Diapositiven.) Die weiteren rachitischen Merkmale können an den durchbrechenden oder anderen durchgebrochenen Zähnen beobachtet werden. Auf die einzelnen Vorgänge während der Dentition näher

einzugehen, würde mich zu weit führen, und ich muß daher auf die demnächst im Drucke erscheinende Arbeit verweisen. Ich möchte nur kurz anführen, daß Rachitis immer dann diagnostiziert werden muß, wenn die Intervalle zwischen dem Durchbruch der einzelnen Zahngruppen oder den einzelnen Zähnen derselben sechs und mehr Monate beträgt, während diese bei normalen Kindern bei der Schneidezahngruppe sechs, bei den übrigen Gruppen durchschnittlich zehn Wochen beträgt. Ebenso kurz möchte ich die angeborenen, auf Rachitis hinweisenden Defekte, die Hypoplasien erwähnen. Es sind dies Wachstumsstörungen während der Entwicklungsperiode, und diese können bei Syphilis und den übrigen dyskrasischen Prozessen, so bei Rachitis, Skrofulose usw. auftreten. Sie allein als Zeichen kongenitaler Lues anzusprechen, wie wir es in der neueren Literatur häufiger angegeben finden, dürfte, soweit es sich um Hypoplasien an bleibenden Zähnen handelt, zu weit gehen. (Niederrhein. Gesellschaft f. Natur- u. Heilkunde, Bonn, 14. VII. 13.)

Saenger: **Gesohnheitslähmung des Fazialis.** Eine 34jährige Patientin, die im zweiten Lebensjahr hinter dem rechten Ohr operiert wurde. Am anderen Morgen stand der rechte Mundwinkel schief. Die ganze rechte Gesichtsseite war und blieb seitdem gelähmt. In der Kindheit wurde die Fazialislähmung öfters, aber ohne jeglichen Erfolg behandelt. Im September dieses Jahres konstatierte Verf. eine komplette rechtsseitige Fazialislähmung bei der Patientin. Sie konnte keinen Muskel der rechten Gesichtshälfte aktiv bewegen. Bei der faradischen wie galvanischen Untersuchung reagierten jedoch alle Muskeln, direkt und indirekt. Nach dreiwöchiger Behandlung stellte sich die aktive Beweglichkeit in der rechten Gesichtshälfte wieder her. Zuerst konnte sie das rechte Auge wieder schließen, dann trat die Beweglichkeit im rechten Mundwinkel wieder ein. Verf. demonstriert bei der Patientin die nach 30jähriger Lähmung völlig wiedererlangte Beweglichkeit der rechten Gesichtshälfte, bespricht die Pathogenese dieses Falles und erwähnt, daß er vor ganz kurzer Zeit auf seiner Abteilung einen ähnlichen Fall beobachtet habe. (Ärztl. Verein in Hamburg, 3. XII. 12.)

Seelert: **Eigenartiger Fall von Hydrocephalus.** 8jähriges Mädchen, das an anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen und häufigen Krampfanfällen litt. Im Anschluß an einen Anfall entstand insultartig motorische Aphasie. Im Verlauf der Erkrankung ist auffällig eine periodisch auftretende Schwankung der Intensität der Krankheitssymptome. Zur Zeit der schwersten Erscheinungen bestand jedesmal zerebellare Ataxie und Hypotonie der Extremitäten mit Fehlen der Sehnenreflexe. Nach einem Krankheitsverlauf von 2 Jahren trat ganz akut eine günstige Wendung ein. Die motorische Aphasie bildete sich nach Ausbleiben der Anfälle langsam zurück. Das Mädchen ist jetzt ein halbes Jahr lang gesund geblieben. Zur Diagnose des Hydrocephalus kommt Vortragender hauptsächlich unter Berücksichtigung der scharf abgesetzten periodischen Schwankungen der Krankheitsintensität und der völligen Rückbildung des Herdsymptoms der motorischen Aphasie.

(Gesellschaft d. Charité-Ärzte in Berlin, 6. II. 13.)

Manasse: **Hirnabszeß nach chronischer Mittelohreiterung.** 14jähriger Knabe, am 7. Oktober 1912 im rechten Schläfenlappen operiert. Der Fall bot insofern etwas Besonderes, als es hier möglich war, den Abzeß vor der Operation genau zu lokalisieren. Es bestanden nicht nur die allgemeinen Hirnsymptome: Kopfschmerzen, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Bewußtseinsstörung und Stauungspapille, sondern auch als indirektes Lokalsymptom linksseitige, also gekreuzte Fazialislähmung. Von besonderem Interesse war eine vor der Operation aufgetretene rechtsseitige Mydriasis mit Pupillenstarre, die sofort nach der Entleerung des Abszesses verschwand, sowie weiter eine zwei Tage nach der Operation auftretende doppelseitige Abduzenslähmung, die erst ganz allmählich zurückging.

Diskussion. Hertel erklärt die erwähnte Pupillenstörung als Drucksymptom. Ob der Okulomotoriusstamm oder die Gehirnkonvexität durch den Druck affiziert wurde, ist mit Sicherheit nicht zu entscheiden. Die Abduzensparese ist auch nach Hertels Ansicht wohl auf meningitische Einflüsse zurückzuführen. Die Steigerung der Stauungspapille nach der Operation könnte vielleicht Folge der Tamponade sein.

Chiari: **Chondrodystrophia foetalis.** Die von Parrot als Achondroplasie und von Kaufmann als Chondrodystrophia foetalis bezeichnete, im fötalen Leben sich abspielende Skelettanomalie schließt, wie man jetzt weiß, keineswegs das Fortleben der betreffenden Individuen post partum aus. Es können vielmehr daraus achondroplastische oder chondrodystrophische Zwerge entstehen, die ein hohes

Alter erreichen, normale Intelligenz besitzen und auch fortpflanzungsfähig sein können. Aus dem letzten Umstande erklärt sich die mitunter zu konstatierende Erblichkeit resp. das familiäre Vorkommen der Chondrodystrophia foetalis, von der bereits eine Reihe von Fällen bekannt sind. Der von dem Vortragenden besprochene Fall zeigte folgendes Verhalten: Ein 30jähriger Mann von normalem Körperbau, dessen Vater ein Zwerg ist, zeugte mit zwei normal großen Schwestern von 42 und 38 Jahren je einen hochgradig chondrodystrophischen männlichen Fötus. Dieselben wurden im neunten Schwangerschaftsmonate tot geboren, und zwar in einem Zeitintervalle von $1^1/_4$ Jahren (20. März 1911 und 22. Juni 1912).

(Unterelsässischer Ärzteverein in Straßburg, 30. XI. 12.)

Medin (Stockholm) a. G.: **Schutzimpfung gegen Varizellen.** Varizellen nehmen besonders in Anstalten nicht selten einen bösartigen Charakter an. Schwere Komplikationen, besonders Nephritis kommen vor. Der Gedanke lag nahe, durch Überimpfung eine leichte Erkrankung hervorzurufen, die zur nachherigen Immunität führt. Die früheren Versuche, das Virus auf Gesunde zu übertragen, mißlangen. Mitte August d. J. brach in dem ihm unterstellten Kinderhospital eine Varizellenepidemie aus. Es erkrankten einige 50 Kinder, meist im ersten Lebensjahr. In 58 Fällen gelang es nun, den Impfstoff auf gesunde Kinder zu übertragen. Es erfolgte eine leichte, auf die Impfstelle beschränkte Pusteleruption ohne Allgemeinerscheinungen. Verf. ist der Überzeugung, daß alle geimpften Kinder sich gegen Infektion mit Varizellen refraktär verhalten.

(Berliner med. Gesellschaft, 22. X. 13.)

IV. Neue Bücher.

H. Spitzy. **Die körperliche Erziehung des Kindes.** Berlin und Wien 1914, Urban & Schwarzenberg. Preis: Mk. 15.

Ein populär-medizinisches Buch, hervorgegangen aus Vorträgen, die der Verf. in Graz gehalten hat. Ein populär-medizinisches Buch im besten Sinne des Wortes, geeignet vor allem, das Verständnis für Maßnahmen zur Verhütung von Mißbildungen zu propagieren. Mit seinem knappen, klaren Stil, mit seinen 194 Abbildungen wird das Buch — das übrigens auch der Praktiker mit vielem Gewinn lesen kann — zweifellos recht nützlich wirken, und es wird direkt Pflicht der Kinderärzte sein, es in ihrer Klientel zu empfehlen. Grätzer.

A. Broca. **Chirurgie infantile.** 1136 S. und 1259 Abbildungen. Paris, G. Steinheil. 1914.

Ein in hohem Maße wertvolles Werk, das in seinem Text auf die einzelnen Details genau eingeht, das in seinen Bildern, die meist schematisch gehalten sind, in vorzüglicher Weise belehrend wirkt. Im ersten Teil werden die einzelnen Affektionen der Knochen und Gelenke — Lésions traumatiques, Lésions dystrophiques, Lésions infectieuses, Lésions tuberculeuses, Syphilis, Tumeurs etc. — besprochen, im zweiten Abschnitt die einzelnen Körperabschnitte und Organe vorgenommen. Jeder Kinderarzt sollte nicht versäumen, dies groß angelegte Buch zu studieren.

Grätzer.

Von dem Czerny-Kellerschen Werke: „**Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie**" (Leipzig und Wien. F. Deuticke) ist die 8. Abteilung, von „**Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten**" (Würzburg. C. Kubitzsch) Heft 1 des II. Bandes erschienen. Wir haben wiederholt auf die beiden Werke empfehlend hingewiesen.

V. Monats-Chronik.

Berlin. Wie wir erfahren, haben auch die weiteren Versuche mit der aktiven Immunisierung gegen Diphtherie mit dem neuen Behringschen Schutzstoff in der Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg gute Resultate geliefert. Auf Veranlassung von Schreiber sind unter Zustimmung des Regierungs-Medizinalrat Dr. Denecke und des Regierungspräsidenten der Provinz Sachsen

die Kreisärzte der Provinz gebeten worden, bei vorkommenden Endemien in ihrem Dienstbezirk von der Schutzimpfung Gebrauch zu machen. Durch die beiden Assistenzärzte DDr. Hahn und Sommer, die im Behringschen Institut ausgebildet waren, ist dann die Impfung in sechs Kleinstädten bzw. Dörfern an rund 500 Kindern voll durchgeführt worden. Dabei hat sich das beachtenswerte Resultat ergeben, daß keines dieser Kinder nach dem zehnten Tage, d. h. nach Eintritt der vollen Schutzwirkung, an Diphtherie erkrankte, obwohl die Endemien in diesen Ortschaften weiter andauerten. Es sind noch weitere Kinder geimpft worden, bei denen aber aus äußeren Gründen die Impfung nicht fortgesetzt werden konnte. Von diesen sind einige, aber auch nur innerhalb der ersten zehn Tage, erkrankt, aber, wie fast übereinstimmend beobachtet wurde, verlief bei diesen Kindern die Diphtherie leichter als in den übrigen Fällen der Endemien. Vielleicht besteht auch hier ein Kausalnexus. Irgendwelche Störungen durch die Impfung sind bei den Kindern nicht beobachtet worden, so daß damit der Wert der Behringschen Schutzimpfung für die Praxis erwiesen ist. Es ist erwünscht, daß die Impfung auch an anderen Orten auf dieselbe Weise versucht wird. Wie wir hören, ist auch in Hamburg die Impfung derart durchgeführt worden. Wir werden über diese für die Praxis wichtigen Beobachtungen in nächster Zeit ausführlicher berichten. (Deutsche med. Wochenschr.)

Ahlbeck. Der Kaiser hat für den Erweiterungsbau des Kindererholungsheimes 5000 Mk. gestiftet, so daß 40 weitere Kinder Aufnahme finden können.

Frankfurt a. M. Der ärztliche Verein hat eine Kommission zur Erforschung der Kinderlähmung eingesetzt.

Marburg. Dr. P. Rohmer hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

— DDr. Kamnitzer und Mendelsohn sind zu Leitern der am 1. IV. neu zu eröffnenden Städtischen Säuglingsfürsorgestellen gewählt.

Rostock. a. o. Prof. Dr. Brüning ist Sitz und Stimme in der Fakultät verliehen worden.

Der 31. Deutsche Kongreß für Innere Medizin findet vom 20. bis 23. April 1914 in Wiesbaden unter dem Vorsitz des Herrn Professor Dr. von Romberg (München) statt. Das Hauptthema, welches am ersten Sitzungstage: Montag, den 20. April 1914 zur Verhandlung kommt, ist: Wesen und Behandlung der Schlaflosigkeit. Referenten sind die Herren Gaupp (Tübingen), Goldscheider (Berlin) und Faust (Würzburg). Am dritten Tage, Mittwoch, dem 22. April, 10 Uhr vormittags, wird auf Aufforderung des Vorstandes Herr Werner (Heidelberg) einen zusammenfassenden Vortrag über Strahlenbehandlung der Neubildungen innerer Organe und am vierten Tage, Donnerstag, den 23. April, 11 Uhr vorm., Herr Schottmüller (Hamburg) einen solchen über Behandlung der Sepsis halten. Vortragsanmeldungen nimmt der Vorsitzende des Kongresses, Herr Professor von Romberg (München, Richard-Wagner-Straße 2) entgegen. Vorträge, deren wesentlicher Inhalt bereits veröffentlicht ist, dürfen nicht zugelassen werden. Nach § 2 der Geschäftsordnung sind die Themata der Vorträge mit kurzer Inhaltsangabe bis 4 Wochen vor Beginn der Tagung einzureichen, d. h. für diese Tagung bis zum 22. März 1914. Später angemeldete Vorträge haben keinen Anspruch auf Berücksichtigung. Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von Präparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind an den unterzeichneten Sekretär zu richten. Zur sicheren Beschaffung geeigneter Wohnungen für die Teilnehmer am Kongresse wird ein Wohnungsausschuß gebildet werden. I. A.: Emil Pfeiffer, Sekretär des Kongresses (Wiesbaden, Parkstraße 13).

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

19. Jahrgang. 1. Februar 1914. Nr. 2.

I. Originalbeiträge.

Über die toxische Wirkung des Hypophysis-Extraktes auf den Neugeborenen, wahrscheinlich durch die Muttermilch.

Von

Dr. med. **Hermann B. Sheffield**
in New York.

Ich wurde von meinem Kollegen, Dr. J. L. Rubinstein, zu Rate gezogen wegen schwerer anhaltender Konvulsionen bei einem Neugeborenen. 12 Stunden vorher erhielt die Mutter wegen Inertia uteri zwei subkutane Einspritzungen von Hypophysis-(Pituitary-) Extrakt, je 1 ccm innerhalb 2 Stunden. Bald nach der Geburt war das Kind vollständig normal und frei von irgendwelchen Anzeichen von Verletzung des Kopfes oder anderer Körperteile. Es bestanden weder Blutung, noch Urinretention, Fieber usw.; das Kind schluckte Wasser ohne Beschwerden und schlief ruhig, bis es 8 Stunden später für ungefähr 20 Minuten an die Mutterbrust angelegt wurde. Kurz darauf stellten sich Zuckungen der Extremitäten ein und verschlimmerten sich erheblich, als das Kind 2 Stunden später wieder eine Nahrung erhielt. Ich fand das Kind in einem tetanusähnlichen Anfalle. Die Extremitäten waren starr, die Hände und Füße flektiert, die Atmung stand still, der Mund war kontrahiert, das Gesicht tiefblau gefärbt, und der Kopf drehte sich langsam und schwer von einer Seite nach der anderen. Die Anfälle wiederholten sich regelmäßig jede paar Minuten. Dazwischen erschien das Kind normal. Anamnese und Symptomenbild, ganz besonders die Abwesenheit jeder Kopfverletzung berücksichtigend, schloß ich, daß es sich wohl um eine toxische Wirkung des Hypophysis-Extraktes durch die Muttermilch handle. Ich verordnete demnach das zeitweilige Entziehen der Mutterbrust und die Verabreichung von kleinen Dosen Chloral und Bromid. Der Zustand des Kindes besserte sich allmählich nach ungefähr 6 Stunden, und innerhalb zweier Tage war es wieder hergestellt. Es ist jetzt 2 Monate alt und beim besten Wohlsein.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Archiv für Kinderheilkunde. 60. und 61. Band. (Fortsetzung.)

C. Hochsinger, Über bedeutungslose Geräusche in der Präkordialgegend von Kindern und Jugendlichen. (Aus dem I. öffentlichen Kinderkrankeninstitut in Wien.) Geräusche in der Präkordialgegend ohne pathologische Bedeutung kommen in jeder Epoche des Kindesalters vor, sind aber erst nach dem 3. Lebensjahre häufiger und zwischen dem 10. und 14. Lebensjahre am allerhäufigsten. Man kann diese Geräusche einteilen in solche, welche durch eine Beeinflussung der Lungenränder seitens der Herzkontraktionen zustande kommen, sogenannte Herz-Lungengeräusche, und in solche, welche im Herzinnern selbst entstehen, sogenannte akzidentelle oder funktionelle Herzgeräusche. Diese bedeutungslosen Geräusche zeigen gewisse Unterschiede, welche eine klinische Abgrenzung ermöglichen. Das Wichtigste ist, daß die Herz-Lungengeräusche bei exspiratorischem Sistieren der Atmung verschwinden, während die endokardialen akzidentellen Geräusche vom Atmungsstillstand unbeeinflußt bleiben. Körperbewegung und psychische Erregung wirkt auf beide Geräuschformen verstärkend.

Endokardiale akzidentelle Geräusche kommen im Säuglings- und frühen Kindesalter nicht vor, wohl aber Herz-Lungengeräusche und atonische Herzgeräusche, aber auch diese nur selten. — Die „atonischen" Herzgeräusche von Schlieps sind nicht identisch mit den akzidentellen oder funktionellen Herzgeräuschen, sondern kommen vor bei nachweislichen Zuständen von kindlicher Herzatonie. (Niederer Blutdruck, schlechte Arterienfüllung, dilatative Schwäche; sie sind pathologisch bedeutungsvoll, kommen aber im frühen Kindesalter selten vor.

Hecker.

V. Hutinel, Les lésions des capsules surrénales dans la scarlatine. (Clinique médicale enfantile à la faculté de Médecine de Paris.) Die Erscheinungen der Nebennierenläsion im Verlauf von Scharlach sind vom Verf. eingehend studiert worden. Sie bestehen, wie aus einer Reihe von eigenen Beobachtungen hervorgeht, vor allem in großer Muskelschwäche und in Absinken des Blutdruckes. Die Pat. machen einen schwerkranken Eindruck; dazu kommt Tachykardie Arhythmie, Herzschwäche, Zyanose und Kälte der Extremitäten, Leberschwellung, Albuminurie; auf der Haut Dermographie, polymorphe Erytheme, nekrotische Ulzerationen an Rachen, Zunge, Lippen, Nase, Ohren; Leibschmerzen, Gewichtssturz, regelmäßig Hypocholesterinämie; meningitische Symptome können zuweilen beobachtet werden. Das ganze Syndrom ist nicht dem Scharlach eigentümlich, sondern kann bei jeder akuten Infektionskrankheit vorkommen als eine Septikämie der Nebennieren, gleichwertig der Septikämie irgendeines anderen Organes.

Hecker.



A. Jakobi (New York), Die Kinderheilkunde in den Vereinigten Staaten. Interessant geschriebener Überblick über Gewordenes und Bestehendes in der amerikanischen Pädiatrie.

Hecker.

Julius Joil (Lübeck), Die staatliche Säuglingsfürsorge in Lübeck. In Lübeck hat der Staat die Säuglingsfürsorge in eigene Regie genommen und sie von vornherein als Wohlfahrtseinrichtung und nicht als Wohltätigkeitsanstalt ins Leben gerufen. Berufsvormund, staatliche Kinderpflegerinnen, 3 Fürsorgestellen, geschulte Hebammen, Pflegekinderkontrolle, Stillbeiträge in Form von Milchmarken sind die Werkzeuge der Fürsorge. Von einer Milchküche wurde abgesehen.

Hecker.

Josef Langer, Zur Kontagiosität der Heine-Medinschen Krankheit. Beobachtungen aus der steiermärkischen Epidemie im Jahre 1909. (Aus der k. k. Universität-Kinderklinik in Graz.). Auch diese Epidemie bestätigt die Anschauung von Wickmann, daß die Heine-Medinsche Krankheit eine kontagiöse Infektionskrankheit ist. Das letzte Glied in der Kette der Beweisführung für die Richtigkeit der These Wickmanns bilden die Beobachtungen von Hausinfektionen mit Heine-Medinscher Krankheit in Kinderspitälern; fällt bei diesen tatsächlich jede Mitwirkung von Keimträgern bei Wartepersonal oder Besuchern weg, dann haben diese traurigen Erlebnisse den Wert eines Experimentum crucis. Sieht man aber in der Heine-Medinschen Krankheit eine kontagiöse Infektion, dann hat eine rationelle Prophylaxe fortan dieser Tatsache Rechnung zu tragen.

Hecker.

Julius Lewin (Berlin), Über primäre eitrige Speicheldrüsenentzündung des frühen Säuglingsalters. Kasuistischer Beitrag.

Hecker.

A. B. Marfan (Paris), Sur une forme de Paraplégie spasmodique hérédosyphilique chez l'enfant. Unter den erworbenen Paraplegien hat Verf. neben der Pottschen und der Strümpellschen familiären im Jahre 1909 noch eine dritte Form unter obigem Namen beschrieben. Den früheren 4 werden 2 neue Beobachtungen hinzugefügt, und an der Hand der 6 Fälle schildert Verf. das Bild der Krankheit: Charakteristisch ist eine spastische Starre der unteren Extremitäten, die den Gang behindert, die aber in der Ruhe verschwindet und die nur mit unbedeutender Verminderung der Muskelkraft verbunden ist. Sensibilitätsstörungen, Sphinkterenlähmung, Muskelatrophie fehlen vollständig; dagegen sind stets Augenstörungen vorhanden; Argyll-Robertsonsches Phänomen, Pupillenlähmung, Verminderung der Sehschärfe. Eine gewisse Intellekthemmung kann vorhanden sein. Die Krankheit schreitet fort ohne Neigung zu spontaner Heilung. Die spezifische Behandlung aller ausgesprochenen Fälle war erfolglos; der letzte Fall konnte mit Arsenobenzol wesentlich gebessert werden.

Hecker.

O. Medin (Stockholm), Contributions à la connaissance des voies d'infection de la tuberculose chez les enfants

dans leur première année de vie. Verf. ist in 30jähriger Tätigkeit kein einziger Fall von Tuberkulose bei einem Kind vorgekommen, als dessen Ursache genossene Kuhmilch anzusehen gewesen wäre. Die Kinder akquirieren die Ansteckung vielmehr in ihrer nächsten Umgebung von phthisischen Erwachsenen und Kindern; Ausnahmen von dieser Regel sind äußerst selten. Hecker.

Ludwig Mendelsohn (Berlin), Die chemische Zusammensetzung der kindlichen Thymusdrüse. Untersuchungen an 60 Drüsen von Kindern im Alter von 8 Tagen bis zu 8 Jahren, die an den verschiedensten Krankheiten gestorben waren. Ein deutlicher Altersunterschied im Chemismus hinsichtlich des Gehaltes an Wasser, N-haltigen Stoffen, Fett und Asche hat sich nicht ergeben. Dies weist vielleicht darauf hin, daß die Funktion der Thymusdrüse auch in den späteren Jahren nicht erloschen ist. Hecker.

v. Pirquet, Das Bild bei Masern auf der äußeren Haut. (Ztschr. f. Kindhlkd. 6. 1913 H. 1—3). Diese grundlegende Arbeit über die Anordnung und Entwicklung des Masernexanthems kann als vorbildlich für Studien dieser Art bezeichnet werden. Wenn man bedenkt, daß der Verf. an 500 Originalzeichnungen, die gleichzeitig reproduziert werden, angefertigt hat, um seine Beobachtungen zu registrieren und dann zu verwerten, kann man ermessen, mit welcher Exaktheit Verf. diese Masernstudie durchgeführt hat. Die gewonnenen Tatsachen beziehen sich zunächst auf das Entstehen des Exanthems.

1. Erste Zeichen des Masernexanthems.

Die Anfänge des Masernexanthems finden sich in Form verstreuter roter Papeln auf Kopf und Stamm, und zwar in den einzelnen Regionen in folgender Reihenfolge der Häufigkeit:

Hinter den Ohren;
in der Mitte des oberen Rückenabschnittes;
in der Umgebung von Mund und Nase;
an den Wangen und vor den Ohren;
auf der Stirne;
selten und spärlich auf Brust und Bauch.

2. Das Exanthem am Beginne des zweiten Tages.

Nun ergreift das Exanthem im Verlaufe von 2—4mal 24 Stunden, durchschnittlich in 3 Tagen, den übrigen Körper. Nach dem Verlauf der ersten 24 Stunden ist die durchschnittliche Entwicklung des Exanthems die folgende:

Auf Kopf und Rücken bis zu Crista ilei ist ein reichliches, dichtes Exanthem vorhanden: das Gesicht ist in seinen oberen und mittleren Partien intensiv ergriffen, nur die Wangen nehmen häufig noch nicht daran teil, sondern zeigen kein oder nur spärliches Exanthem. Spärliches Exanthem findet sich auf Brust, Bauch, auf den Schultern und der Innenseite der Oberarme. In Form vereinzelter Papeln zeigen sich Anfänge des Ausschlages auf den übrigen Teilen der Arme, auf

den Oberschenkeln, den Kniekehlen, den Nates und den Vorderflächen der Unterschenkel. Die hintere Fläche der Unterschenkel, die Füße, die Kniee und Ellbogen sind noch frei.

3. Das Exanthem am Beginne des dritten Tages.

Nach zweimal 24 Stunden kann die Entwicklung schon beendet sein oder sich noch in den eben beschriebenen Stadien befinden. Durchschnittlich hat sie jedoch folgende Ausdehnung:

Kopf, Stamm, Schultern, die Vorderseite der Oberarme und der Oberschenkel sind intensiv ergriffen; weniger konstant findet sich das intensive Exanthem auf der Dorsalseite der Oberarme, der Unterarme und der Hinterseite der Oberschenkel; spärliches Exanthem zeigen die Kniekehlen, die Unterschenkel, ferner die Hände und die Kniee, nicht immer die Nates; Anfänge des Exanthems finden sich auf den Füßen, während die Ellbogen noch frei zu sein pflegen.

4. Das Exanthem am vierten und fünften Tage.

Durchschnittlich ist nun das Exanthem voll entwickelt; nur Nates, Füße und Ellbogen sind öfters rückständig. Der 5. Tag bringt nur ausnahmsweise noch ein weiteres Fortschreiten, das sich auf ein Nachholen früher verschonter Gebiete oder einen Nachschub auf einem früher nur schwach betroffenen Gebiete bezieht.

5. Abblassen des Exanthems.

Der Ausschlag ist bei seinem Erscheinen frischrot (rosa bis hochrot), nach 1—2 Tagen nimmt die Hyperämie ab; sie läßt gleichzeitig eine leichte Pigmentierung zurück. Dieser Prozeß des Verblassens beginnt regelmäßig auf der Stirne, wo schon am Beginne des 2. Tages das Exanthem an Intensität zu verlieren pflegt. Am Beginne des 3. Tages sind durchschnittlich Stirn und behaarter Kopf stark abgeblaßt; beginnende Abblassung auf die Extremitäten herabgeschritten; auf Stirn und behaartem Kopf ist in der Regel auch zarte Pigmentierung schon verschwunden. Am Beginne des 5. Tages endlich hat der Kopf (gewöhnlich mit Ausnahme der Wangen, die noch gerötet oder pigmentiert sind) seine Exanthemreste ganz verloren, während die Pigmentierung am übrigen Körper — soweit das Exanthem vordrang — noch deutlich ist. Ellbogen und Füße bleiben häufig vom Exanthem völlig verschont, seltener Kniee, Nates, Hände.

6. Dauer und Form der Einzeleffloreszenzen.

Zur vollen Entwicklung (vom ersten Eintritt der Papel bis zum Verschwinden der Hyperämie) braucht das Exanthem an jeder Körperstelle durchschnittlich 3 Tage; die zuletzt aufgetretenen Exanthemstellen (z. B. auf den Nates und Füßen) haben einen rascheren Ablauf; sie sind blasser, flüchtiger, verschwinden oft ohne jede Pigmentierung. Die einzelnen Effloreszenzen beginnen meistens als kleinste, rote, follikuläre Erhebungen und sind öfters mit anämischen Höfen umgeben; sie vergrößern sich nach allen Seiten, konfluieren mit benachbarten Effloreszenzen und können dann die Haut so über-



ziehen, daß nur noch spärliche helle Inseln von normaler Haut dazwischen übrig bleiben. Neben diesem appositionellen Wachstum findet in den ersten Tagen auch eine Vermehrung durch Aufschießen neuer Papeln statt, welche denselben Entwicklungsvorgang durchmachen, nach kurzem Bestehen ihre Hyperämie allmählich wieder einbüßen und Pigmentierung zurücklassen. Die Intensität der Neubildung von Papeln und Verstärkung des Exanthems schwächt sich am 3. Tage sehr ab.

7. Reihenfolge der einzelnen Hautbezirke.

Das Exanthem bedeckt die Haut des Körpers in gesetzmäßiger Weise, indem es von Kopf und Rücken ausgeht, dann Stamm und Extremitäten überzieht, wobei es gewisse Hautpartien bevorzugt, andere zunächst vermeidet und erst später oder gar nicht ergreift.

8. Beeinflussung des Exanthems durch allgemeine und lokale Ursachen.

Allgemeine Einflüsse ließen nur undeutliche Einwirkung auf den gesetzmäßigen Ablauf des Exanthems erkennen; im Sommer scheint der Ausschlag sich etwas rascher zu entwickeln als im Winter. Bei kleinen Kindern bleibt das Exanthem häufiger unvollständig als bei größeren. Geschwister zeigten außerordentliche Ähnlichkeit in der Form des Exanthems, aber auch bei gleichzeitiger Infektion mit demselben Virus wurde Ähnlichkeit der Ausschläge verzeichnet. Sehr stark macht sich der Einfluß lokaler Ursachen auf den Ablauf des Exanthems geltend. Der Ausschlag entsteht auf allen chronisch-hyperämischen Stellen früher als auf der normalen Haut der Umgebung, gleichgültig, ob die Hyperämie durch Tuberkulinstellen, Druck von Strumpfbändern oder durch Intertrigo hervorgerufen ist. Den Masern vorhergehende Lokalisationen von Erythema multiforme und Urticaria an den Extremitäten führten zu einer fast völligen Umkehr des Exanthembildes, indem die Extremitäten früher ergriffen wurden als der Stamm. Anämische Narben pflegen exanthemärmer zu bleiben als die Umgebung, während die sie begrenzende Haut das Exanthem anzieht. Künstliche Beeinflussung des Exanthems gelang einige Male durch Applikation von Hautreizen und durch Stauung, und zwar nur dann, wenn diese Maßnahmen spätestens einen Tag vor dem Sichtbarwerden des Ausschlages ausgeführt wurden. Ein Senfumschlag bewirkte ein konfluierendes Exanthem in spärlich beschickter Umgebung. Stauung verursachte eine Verspätung des Exanthems, der eine reichliche Ausbildung folgte.

9. Zusammenhang des Exanthems mit der Arterienverteilung und der Länge des arteriellen Weges zu den einzelnen Hautstellen.

Es wurde versucht, die Ursache des gesetzmäßigen Ablaufes des Masernexanthems zu ergründen, indem die aus der Beobachtung gewonnenen Durchschnittsbilder mit der Verteilung der Hautnerven und der Hautarterien verglichen wurden. Die sensiblen Nerven zeigen eine wesentlich andere Verteilung als das Exanthem; ein

Herabsteigen des Exanthems, entsprechend den Headschen Zonen würde eine ganz andere Gesetzmäßigkeit zur Folge haben. Das Exanthem kann daher nicht mit der Verteilung der sensiblen Hautnerven in Zusammenhang gebracht werden. Dagegen ergibt sich bei der Vergleichung mit den Hautarterien eine Anzahl von Ähnlichkeiten. Das Absteigen des Exanthems befolgt — mit Ausnahme einiger unaufgeklärter Punkte — die Regel, daß es um so früher erscheint, je näher die betreffende Hautstelle auf dem arteriellen Wege vom Herzen erreichbar ist, je näher sie den großen Gefäßen liegt und eine je lebhaftere Zirkulation sie hat. Umgekehrt tritt das Exanthem um so später auf, je weiter die Hautstelle vom Herzen abliegt, einen je längeren Weg das Blut durch kleine Gefäße zu passieren hat und je weniger Hyperämie sie aufweist.

10. Hypothese über das Wesen des Masernexanthems.

Auf Grund von beobachteten Tatsachen, von Vergleichen mit den Erfahrungen bei Variola und Vakzine wird die Hypothese aufgestellt, daß das Exanthem aus apotoxischen Reaktionen auf Masernerreger besteht, die sich in den Hautkapillaren festgesetzt haben. Als Ursache der Fixation wird (rein hypothetisch) eine Agglutination angenommen, welche die Maserneregger erfahren, wenn sie die Kapillaren eines mit Antikörper gesättigten Hautbezirkes passieren. Die Sättigung der äußeren Haut durch Antikörper sei somit die Veranlassungsursache und Vorbedingung zum Entstehen des Exanthems. Die Sättigung erfolge nach Art der Abgabe des Sauerstoffes aus dem arteriellen Blute. Auf diese Weise wird das Absteigen des Exanthems erklärt: Zuerst werden jene Bezirke gesättigt, welche eine sehr intensive Zirkulation haben (Schleimhäute) oder dem Herzen und den großen Gefäßen nahe gelegen sind. Erst wenn diese abgesättigt sind, erhalten auch die übrigen Bezirke sukzessive genügend Antikörper, um eine Agglutination des Masernerregers zu bewirken. Durch die Agglutination wird der Masernerreger allmählich aus dem Kreislaufe ausgesiebt; die Agglutination trifft bei den später gesättigten Hautbezirken (Enden der Extremitäten) nur mehr weniges Material; das Exanthem erscheint daher dort spärlich und flüchtig. Das häufige Freibleiben der Ellbogen, Füße und Nates wird dadurch erklärt, daß zu jener Zeit, wo die am schlechtesten arterialisierten Hautpartien zur Sättigung gelangen, keine Masernerreger mehr im Blute vorhanden sind. Schick.

Martin Kretschmer, Über die Ätiologie des Scharlachs. (Sammelreferat über die bisherigen Forschungsergebnisse unter Mitteilung eigener Untersuchungen.) (Mschr. f. Kindhlkd. 12. 1913 Nr. 1.) Die eigenen Untersuchungen erstrecken sich auf Übertragungsversuche auf gewöhnliche Laboratoriumstiere (Mäuse, Meerschweinchen und Kaninchen). Als Impfmaterial wurde Scharlachblut, das während des Höhenstadiums der Krankheit entnommen wurde und durch Zusatz von Kalium citricum an der Gerinnung verhindert wurde; außerdem Blutserum, Harn, Zungenbelag, Drüsenpunktat, Zerebrospinalflüssigkeit, den Inhalt von künstlich erzeugten Hautblasen,

Hautschuppen, Aufschwemmungen von postmortal entnommenen Organen und schließlich Streptokokken. Die Impfungen erfolgten subkutan, intraperitoneal, intravenös und intrakardial; bei Meerschweinchen und Kaninchen auch in die Hoden. Zu den Versuchen, die, wie Verf. bemerkt, kein positives Resultat ergaben, benutzte er 120 Mäuse, 80 Meerschweinchen und zirka 100 Kaninchen. Die Organe erwiesen sich bei den Tieren post mortem bei der bakteriologischen Untersuchung als steril, soweit keimfreies Material benutzt worden war. Von den Organen wurde das Blut, Milz, Nieren und Drüsen ausgestrichen und im allgemeinen mit Giemsafärbung untersucht. Es gelang Verf. nicht, in den Organen protozoen- oder chlamydozoenähnliche Gebilde festzustellen. Er fand bei diesen Untersuchungen zwar häufig die verschiedensten verdächtigen Körperchen, Zellen und Zelleinschlüsse, doch erwiesen Kontrollen meist das Trügerische dieser Befunde. Mit den Aufschwemmungen der Organe von krank erscheinenden Tieren nahm er häufig weitere Impfungen vor, jedoch ohne ein positives Ergebnis.

Das Ergebnis der Forschungen nach der Ätiologie des Scharlachs ist trotz aller Mühe bisher ein negatives. Die bakteriologischen Untersuchungen haben immer wieder das Vorkommen der Streptokokken beim Scharlach und seinen Komplikationen gezeigt; ein Beweis dafür, daß die Streptokokken die Erreger des Scharlachs seien, konnte weder durch die serologischen Methoden noch durch Übertragungsversuche auf Tiere erbracht werden. Bei anderen Infektionskrankheiten, wie Gelbfieber, Maul- und Klauenseuche, Schweinepest hat man bekanntlich erfolgreiche Impfungen mit filtriertem Materiale vorgenommen und eigenartige Zelleinschüsse feststellen können. Die Versuche, auf dem gleichen Wege die Erreger des Scharlachs zu finden, haben zwar zur Beschreibung verschiedener „Erreger“ geführt. Nachprüfungen ergaben aber das Trügerische dieser Befunde. Die Übertragungsversuche auf Tiere mit filtriertem und unfiltriertem Scharlachmateriale haben zwar in einigen Fällen scharlachartige Krankheitserscheinungen hervorgerufen. Die Widersprüche zwischen den verschiedenen Mitteilungen lassen jedoch diese wenigen positiven Resultate zunächst weiterer Nachforschungen bedürftig erscheinen.

Schick (Wien).

Arthur Schloßmann, Die Arbeitsleistung des Säuglings. (Mschr. f. Kindhlkd. 12. 1913 Nr. 1.) Das Schreien und die Unruhe des Säuglings bedeuten eine beträchtliche Belastung des Energieverbrauches und eine äußerst starke Anstrengung der dabei beteiligten Muskeln. Aus den Vergleichen von Respirationsversuchen ruhiger und unruhiger Kinder ergaben sich große Unterschiede. Deswegen fordert Verf., daß bei Vornahme dieser Respirationsversuche die Bewegungen der Kinder registriert werden.

Schick (Wien).

Otto Lentz (Saarbrücken), Indirekte Übertragung von Varizellen und Varizellen bei einer Erwachsenen. (D. m. W. 1913 Nr. 24.)



B. L., 6 Jahre alt, war als einzige von ihren Geschwistern am 19. März 1909 mit anderen Kindern zusammen bei einer befreundeten Familie zu einer Kindergesellschaft geladen. Als sie von dieser heimkam, spielte sie sogleich mit ihrem $^3/_4$ Jahre alten Schwesterchen G. L. Wenige Tage nachher wurde den Eltern der Kinder von der befreundeten Familie mitgeteilt, daß eines der ebenfalls bei der Kindergesellschaft gewesenen Kinder am 20. März, also am Tage nach der Zusammenkunft mit B. L., an Windpocken erkrankt sei. Eine weitere Berührung der Kinder mit diesem an Windpocken erkrankten Mädchen hatte nicht stattgefunden; auch sonst waren die Kinder nicht mit windpockenkranken Personen zusammengekommen.

Am 1. April erkrankte nun die $^3/_4$ Jahre alte G. L. an schweren Windpocken; es trat unter Fiebererscheinungen zunächst ein über den ganzen Körper verteiltes, masernartiges Exanthem auf, und auf den Flecken schossen in den nächsten Tagen schubweise spitze Wasserbläschen auf, die allmählich, ohne zu vereitern, eintrockneten und nach etwa 3 Wochen ohne Hinterlassung von Narben abheilten.

Am 15. April erkrankte die 3jährige Schwester R. L. leicht an Windpocken, am 20. April die 29 Jahre alte Mutter der Kinder. Bei dieser waren auf dem Körper und im Gesicht nur vereinzelte Pusteln mit deutlicher Delle vorhanden, gleichwohl war das Befinden bei nur mäßigem Fieber erheblich gestört, und es bestanden starke Kreuzschmerzen; nach der Abheilung der Pusteln blieben im Gesicht zwei deutliche „Blatternnarben" zurück, von denen eine noch jetzt nach 4 Jahren als kleine Narbe erkennbar ist, während die andere vollständig verschwunden ist.

Als letzte endlich erkrankte am 22. April B. L., die offenbar den Infektionsstoff von jener Kindergesellschaft mitgebracht hatte, ohne selbst sofort zu erkranken; sie machte die Krankheit ebenfalls in leichter Form ab.

Da die zuerst erkrankte G. L. noch nicht geimpft war, hätte man, auch in Anbetracht der starken Ausbreitung der Pockeneruption, an Variola denken können. Hiergegen sprach aber einmal die Form der Pocken, die bei G. L., wie auch ihren Schwestern als ausgesprochene Spitzpocken (ohne Delle) auftraten; ferner sprach dagegen das trotz der starken Ausbreitung des Pockenausschlages über den ganzen Körper verhältnismäßig wenig gestörte Wohlbefinden und völlig freie Sensorium und endlich auch der Ausfall des Tierversuchs. Bei 2 Kaninchen und 1 Meerschweinchen wurde der mittels Kapillaren entnommene Bläscheninhalt in die eingeritzte Hornhaut des rechten Auges eingerieben, während die Hornhaut des linken Auges nur in gleicher Weise eingeritzt wurde. Auf allen Augen bildete sich an den Skarifikationsstellen eine ganz leichte Trübung, die gleichmäßig am 4. bis 5. Tage verschwunden war. Bei keinem der Tiere überwog die Veränderung an dem mit dem Bläscheninhalt geimpften Auge wesentlich die des anderen; bei keinem Tiere kam es auch nur zur Andeutung einer Geschwürsbildung.

Der weitere Verlauf der Krankheit bei G. L. stimmte hiermit überein: die glatte Abheilung der Bläschen ohne Hinterlassung von Narben und der starke Erfolg einer etwa $^1/_2$ Jahr später vorgenommenen Impfung mit Kuhpockenlymphe. Dieser starke Impferfolg sprach auch gegen die sich zunächst aufdrängende Vermutung, daß die schwere Erkrankung bei G. L. ihre Ursache darin hätte haben können, daß das Kind noch nicht geimpft war, während die innerhalb der letzten 2 bis 6 Jahre zum letzten Male geimpften Geschwister und Mutter nur leicht erkrankten, woraus etwa auf eine immunisatorische Beziehung zwischen der Vakzination und den Varizellen hätte geschlossen werden können. Der Unterschied in der Schwere der Erkrankung dürfte wohl vielmehr mit der auch bei anderen In-

fektionskrankheiten nicht selten gemachten Beobachtung übereinstimmen, daß der erste Fall in einer Familie oder auch in einer unter gleichen Bedingungen lebenden Menschengruppe (z. B. in einer Kaserne, einem Alumnat u. ä.) der schwerste ist, die sich anschließenden Fälle dagegen leichter verlaufen.

Bemerkenswert ist ferner, daß bei der Mutter der Kinder die Pockeneruption trotz ihrer geringen Ausbreitung bei fast fieberlosem Verlauf doch mit einer ziemlich erheblichen subjektiven Störung des Allgemeinbefindens und mit starken Kreuzschmerzen einherging, einem Symptom, das sonst als charakteristisch für Variola gilt, das aber nach Verf.s Erfahrungen differentialdiagnostisch nur verwertet werden kann, wenn es fehlt, da sein Fehlen gegen echte Pocken spricht.

Als das wichtigste Moment der Beobachtung erscheint aber der Umstand, daß hier einwandfrei festgestellt werden konnte, daß die Infektion des ersten Falles der kleinen Kontaktreihe auf indirektem Wege durch eine gesunde Person erfolgte, die zunächst auch gesund blieb und erst im weiteren Verlauf der Epidemie, jedenfalls erst infolge direkten Kontaktes mit der zuerst erkrankten Schwester, erkrankte. Man darf annehmen, daß, wie hier durch eine gesunde Person eine Übertragung der Varizellen vermittelt wurde, auch durch infizierte Gegenstände der Krankheitskeim einmal indirekt übertragen werden kann.

Grätzer.

Siegfried Wolff, Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder. (Aus der Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses in Wiesbaden.) (D. m. W. 1913 Nr. 25.) Es handelt sich um das Kind einer während ihrer Gravidität, und zwar im 5. Schwangerschaftsmonat, mit Salvarsan sehr energisch behandelten Mutter. Dieses Kind war ausgetragen und zeigte fast $1^1/_2$ Monate hindurch gar keine Krankheitserscheinungen. Es gedieh ganz ausgezeichnet, hatte ein durchaus normales Gewicht und normale Körpermaße, war eher zu lang als zu kurz. Es machte bei der Aufnahme einen gesunden, blühenden Eindruck. Von luetischen Erscheinungen war am 17. Februar bei der genauesten Untersuchung auch nicht das Geringste zu finden. Und doch hatte das Kind eine Lues, die in foudroyanter Weise zum Tode führte.

Der Fall soll nichts gegen das Salvarsan sagen. Denn darüber, ob dies, während der Gravidität angewandt, einen Nutzen für den Fötus haben kann oder nicht, kann ebensowenig dieser Fall wie die 9 von Holth veröffentlichten Fälle ein endgültiges Urteil abgeben. Es kam Verf. nur darauf an, darauf hinzuweisen, daß ein ausgetragenes und sich längere Zeit hindurch normal entwickelndes Kind doch eine schwere Lues in sich bergen kann und daß man aus dem Fehlen deutlich sichtbarer Symptome noch gar keinen Schluß auf die Gesundheit des Kindes ziehen kann. Das am längsten von Holth beobachtete Kind hat $1^1/_2$ Jahre hindurch keine Erscheinungen von Lues gezeigt; es ist aber bekannt, daß noch viel später die Erscheinungen sich geltend machen können. Einen wirklichen Beweis für die Gesundheit des Kindes kann in solchen Fällen eigentlich nur die Wassermannsche Reaktion bringen und die Röntgenaufnahme.

Grätzer.

Th. Hoffa (Barmen), Über Pellidol und Azodolen in der Säuglingspraxis. (Ebenda.) In der Therapie des Säuglingsekzems kamen Pellidol und Azodolen zuerst zur Anwendung in der Gießener Universitäts-Kinderpoliklinik (Professor Koeppe). Bantlin berichtet über die hiermit erzielten Erfolge bei der Behandlung der Ekzeme auf Grundlage exsudativer Diathese. $2^0/_0$ige Pellidolsalben erwiesen sich als außerordentlich wirksam bei der Behandlung der Intertrigo wie bei sonstigen Ekzemen aller Stadien, bei nässenden, krustösen, schuppenden und trockenen Formen. Bantlin fand dabei vor allem ein rasches Zurückgehen der Reizerscheinungen, Nachlaß des Juckreizes und Schwinden der Infiltrate.

Durch diese günstigen Berichte veranlaßt, hat Verf. seit Oktober 1912 Pellidol und Azodolen in zahlreichen Fällen angewandt, und zwar sowohl bei der klinischen Behandlung kranker Säuglinge im Säuglingsheim wie bei der ambulanten Behandlung in der Mutterberatungsstelle und in der Privatpraxis.

Bei beiden Kategorien von Säuglingen fand Verf. im großen und ganzen die guten Resultate Bantlins bestätigt. Er legt besonderen Wert auf die Heilerfolge in der ambulanten Praxis, da ja im Säuglingsheim fast nie der konkurrierende Einfluß der sorgsamen Pflege und der Diätetik auszuschalten ist.

Das dankbarste Objekt für die Pellidolbehandlung ist zweifellos die Intertrigo, außerdem hat sie sich besonders bewährt bei der von Finkelstein als Dermatitis papulo-vesiculosa glutaealis infantum bezeichneten geschwürigen Affektion der Gesäßhaut (Erythème papuleux Parrot, Erythème lenticulaire Sevestre).

Besonders eklatant fand Verf. die epithelisierende Wirkung bei einem Fall jener unangenehmen, aus der Intertrigo hervorgehenden Hautaffektion, die wir seit Leiners klassischer Beschreibung als Erythrodermia universalis zu bezeichnen pflegen.

Bemerkenswert ist vielleicht noch ein Fall ausgedehnter luetischer Rhagaden an Handtellern und Fußsohlen mit tiefen Einrissen der Haut, die sich unter Pellidolsalbenbehandlung, allerdings bei gleichzeitiger interner Darreichung von Protojod. Hydrarg., überraschend schnell epidermisierten.

In der Wundbehandlung leisten Pellidol und Azodolen das gleiche wie Amidoazotoluol und Scharlachrot. Das Fehlen der Färbkraft und die gute Löslichkeit in den üblichen Salbengrundlagen, wodurch eine Wirksamkeit schon bei $2^0/_0$iger Konzentration (statt $8^0/_0$ bei den älteren Mitteln) erreicht wird, sind als Vorteile zu erwähnen.

Azodolen scheint vor dem einfachen Pellidol keine besonderen Vorzüge zu besitzen, ist also wohl entbehrlich.

Puder mit Zusatz von Pellidol und Azodolen sind gut brauchbar, spezifische Vorteile konnte Verf. aber bei ihrer Anwendung nicht feststellen.

Alles in allem glaubt Verf., daß die Pellidolsalbenbehandlung einen wesentlichen Fortschritt in der externen Therapie der Ekzeme des Säuglings bedeutet. Schädliche Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung.

Grätzer.

v. Drigalski und **Bierast,** Ein Verfahren zum Nachweis der Diphtheriebazillen und seine praktische Bedeutung. (D. m. W. 1913 Nr. 26.) Im Interesse der ärztlichen Praxis, zur Durchführung der Diphtherieprophylaxe nach v. Behring wie zur Wahrnehmung der auf Verhütung weiterer Übertragungen ausgehenden Maßnahmen ist eine möglichst sichere und einfache Methode zum Nachweis der Diphtheriebazillen, namentlich für den Gebrauch in größeren Untersuchungsämtern erwünscht. Verf. haben eine Verbesserung des Loefflerschen Nachweisverfahrens erreicht, die nach viermonatiger praktischer Prüfung den bisher angegebenen Modifikationen nicht unbeträchtlich überlegen erscheint. Das Verfahren ist einfach in der Anwendung und beruht in der Hauptsache in einem Zusatz von 3,25 % sterilisierter Rindergalle zu Loefflerschem Traubenzuckerbouillonserum.

Grätzer.

Wilhelm Weinberg (Stuttgart), Die Kinder der Tuberkulösen. (D. m. W. 1913 Nr. 28.) Verf. hat sich bemüht, die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Familie auf Grund eines zuverlässigen, großen Materials und der Anwendung exakter Methoden, die er teilweise erst selbst geschaffen hat, darzustellen. Er fand für ein solches Unternehmen einen besonders günstigen Boden in den Familienregistern seiner Vaterstadt, deren Auszüge er mit den Ergebnissen der Totenscheine kombinierte. So erhielt er ein Material von über 5000 Familien Tuberkulöser mit mehr als 18000 Kindern, deren Schicksal zunächst bis zum 20. Lebensjahre verfolgt wurde. Für die Weiterführung der Arbeit und ihre Ausdehnung auf spätere Lebenszeiten, die manchen Kreisen erwünscht sein dürfte, ist durch Aufbewahrung des Urmaterials Sorge getragen.

Im Gegensatz zu viel verbreiteten Anschauungen erwies sich die Fruchtbarkeit der Tuberkulösen als unternormal, insbesondere bei den tuberkulösen Männern. Bei den Frauen erwies sich ein Einfluß der Schwangerschaft durch eine übermäßige Kinderzahl der im fünften Lebensjahrzehnt gestorbenen, die aber dadurch, daß sie wohl mit deren ungünstigen sozialen Auslese zusammenhängt, in ihrer Bedeutung wieder eingeschränkt wird. Durch die erhöhte Sterblichkeit der Kinder Tuberkulöser und die Unterfruchtbarkeit der letzteren im Vergleich zu derjenigen Nichttuberkulöser wird die Nettofruchtbarkeit der Tuberkulösen noch mehr reduziert als die Bruttofruchtbarkeit. Dadurch verlieren die Betrachtungen, die an die Fortpflanzung der Tuberkulösen geknüpft werden, manches von ihrer Bedeutung, und Verf. konnte bereits früher auf Grund dieses Resultates darauf hinweisen, daß, wenn die Tuberkulose lediglich auf Vererbung beruhen würde, sie infolge der verminderten Fruchtbarkeit Tuberkulöser längst ausgestorben sein müßte, oder daß man ein Neuauftreten der Anlage durch Mutation annehmen muß, was ja als Folge des Alkoholismus vielleicht in beschränktem Maße auch zutrifft.

Was nun die Sterblichkeit der Kinder Tuberkulöser anlangt, so betrug sie bis zum 20. Jahre etwa 47 %, gegen 40 % bei Kindern Nichttuberkulöser. Dies entspricht einer Reduktion der Lebensdauer von mindestens 4 Jahren.

Bei Tod der Mutter, noch mehr bei Tod beider Eltern an Tuberkulose ergab sich noch eine weitere Steigerung der Sterblichkeit. Diese betraf hauptsächlich das 1.—5. und dann wieder das 16.—20. Lebensjahr.

Mit dem steigenden Alter der tuberkulösen Eltern nimmt die Sterblichkeit ab, es hängt dies, wie auch direkt nachgewiesen werden konnte, mit den Unterschieden der Sterblichkeit bei zu verschiedenen Zeiten vor dem Tode der tuberkulösen Eltern Geborenen zusammen. Je näher die Geburtszeit dem Tode der Eltern rückt, um so größer ist die Sterblichkeit der Kinder, derart, daß von den im letzten Lebensjahr der tuberkulösen Mutter geborenen Kindern drei Viertel, von den im letzten Lebensmonat derselben Geborenen etwa 90% vor dem 20. Jahre gestorben sind. Nichtsdestoweniger sind selbst von letzteren inzwischen einige zur Verheiratung gelangt und haben ihrerseits Kinder erzeugt.

Es ließ sich ferner zeigen, daß bis zum 4. Jahr die stärkste Steigerung der Sterblichkeit jedesmal in das mit dem letzten Lebensjahr der Mutter zusammenfallende kindliche Lebensjahr fällt. Hingegen ist die Sterblichkeit der Erwachsenen von der Geburtszeit wenig abhängig.

Weitere Untersuchungen betrafen die Abhängigkeit der Sterblichkeit von der Geburtenzahl und der Nummer der Geburtenfolge. Die letztere Methode ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil sie es ermöglicht, den Einfluß des Milieus an Kindern gleicher Abstammung zu demonstrieren. Es ergab sich ein wesentlich höherer Einfluß der Geburtenfolgenummer bei den Kindern Tuberkulöser als bei denen Nichttuberkulöser. Die besondere Gefährdung der Erstgeborenen durch Tuberkulose, wie sie mehrfach behauptet wurde, erwies sich dabei als nicht bestehend.

In sehr erheblichem Grade wurde die Sterblichkeit der Kinder der Tuberkulösen von der sozialen Lage der Eltern beeinflußt, außerdem war auch ein deutlicher Einfluß der Alkoholberufe nachweisbar. Dabei ergab sich, daß der soziale Kreis, der einen nur geringen Einfluß der elterlichen Tuberkulose ergibt, verhältnismäßig sehr eng begrenzt ist. Nur bei den oberen Zehntausend ergaben sich einigermaßen günstige Zahlen; aber erst ein Vergleich auf breitester Basis kann feststellen, ob nicht auch hier noch beträchtliche Überschüsse gegenüber der Erwartung bestehen.

Es konnte dann gezeigt werden, daß noch mehr als die Allgemeinsterblichkeit die Sterblichkeit an Tuberkulose bei den Kindern Tuberkulöser gesteigert ist, und zwar derart, daß ³/₄ des ganzen Überschusses der Gesamtsterblichkeit durch die Tuberkulose gedeckt werden. Ferner erwies sich sowohl die allgemeine wie die spezifische Sterblichkeit der Kinder als in hohem Grade von dem Zusammenleben mit ansteckungsfähigen Eltern abhängig, indem sie kurz vor und nach deren Tode die höchsten Ziffern erreicht. Auch hier nimmt wiederum das Alter der Pubertät eine gesonderte Stellung ein, welche darauf hinzuweisen scheint, daß die Tuberkulose der Erwachsenen nicht lediglich von der Infektion im Kindesalter abhängt. Dafür sprechen auch anderweitige Überlegungen. Durch Übertragung der Häufigkeit der Tuberkulinreaktionen verschiedener Alter auf eine Sterbetafel konnte Verf.

zeigen, daß die Gefährdung durch Neuinfektion in den ersten 20 Jahren keinem allzu großen Wechsel unterworfen sein kann und daß also auch neben den Autoreinfektionen bereits früh Erkrankter Neuinfektionen eine Rolle spielen müssen. Im ganzen erwies sich die Gefährdung durch tuberkulöse Eltern als nicht wesentlich höher als die durch tuberkulöse Ehegatten, eine Ausnahme macht aber das erste Lebensjahr.

Verf. hat endlich noch die Sterblichkeit der Kinder Tuberkulöser an einer Reihe von Krankheiten untersucht und mit derjenigen der Stuttgarter Bevölkerung in der gleichen Zeit verglichen. Dabei ergab sich u. a. eine ziemlich beträchtliche Steigerung der Sterblichkeit an Erkrankungen der Atmungsorgane und an Keuchhusten. Hingegen fiel die Bilanz von Masern, Scharlach und Diphtherie auffallend günstig aus, besonders wenn man noch die ungünstige soziale Lage der Kinder Tuberkulöser in Betracht zieht. Dies widerspricht den Erwartungen, die man vom konstitutionspathologischen Standpunkte aus hegen durfte. Verf. hat nun auseinandergesetzt, daß daraus keineswegs auf einen leichteren oder nicht schwereren Verlauf der Infektionen bei Kindern Tuberkulöser geschlossen werden darf, daß vielmehr eher an eine geringere Morbidität derselben, sei es im Zusammenhang mit einer verminderten Gefährdung durch die relativ geringe Zahl von Geschwistern, sei es durch irgendeine Art von Antagonismus, denken muß.

Im ganzen bestätigt die Statistik lediglich den Einfluß der Ansteckungsgefahr, während Anhaltspunkte für konstitutionelle Einflüsse nur in geringem Maße gefunden werden konnten. Damit soll deren Bestehen keineswegs bestritten werden. Die Erfahrungen über die Vererbbarkeit der Widerstandsfähigkeit gegen Pilzeinwanderung bei Pflanzen (Rost des Weizens) sprechen ja grundsätzlich für eine solche Möglichkeit. Aber jedenfalls werden derartige Einflüsse im Kindesalter durch die eminente Wirkung der Infektion dem Nachweis durch die Statistik fast unzugänglich gemacht. Grätzer.

E. Freifeld, Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen im Harn. (Aus dem bakteriolog. Laboratorium von Dr. E. Freifeld in Jekaterinoslaw.) (B. kl. W. 1913 Nr. 38.) 1. Der Diphtheriebazillenbefund im Harn ist durchaus keine seltene Erscheinung und kommt nicht nur bei den „septischen Fällen“ von Diphtherie, sondern auch bei relativ leichten Formen derselben vor.

2. Dieser Befund kann lange andauern.

3. Die Ausscheidung der Diphtherieerreger mit dem Harn muß bei epidemiologischen Maßnahmen bzw. bei Ermittelung von Bazillenträgern berücksichtigt werden.

4. Der vorliegende Fall von sekundärer diphtheritischer Infektion der Harnblase muß, unabhängig von der Art der Pathogenese, als große Seltenheit bezeichnet werden.

5. Behufs Isolierung der Diphtheriebazillen aus dem Urin ist es ratsam, das Harnsediment in möglichst beträchtlicher Quantität auf Schälchen mit Tellurnährboden zu züchten.



6. Bei der Differentialdiagnostik der echten Diphtheriestäbchen von den „Pseudodiphtheriebazillen" erwiesen sich sowohl farbige Nährböden mit Lackmus als auch Tierexperimente von Nutzen.

Grätzer.

A. Baginsky, Zur Kenntnis der nephritischen Herzanomalien bei Scharlach und ihre Behandlung. (B. kl. W. 1913 Nr. 42.) Verf. ist in der Lage, einen Fall vorzuführen, der zwar nicht gerade längere Zeit fieberte, aber doch in der Fieberperiode meist schwere Symptome zeitigte, so daß man von Schwitzbädern Abstand nehmen mußte, auch die Anwendung der Venaesektion nicht angemessen erscheinen ließ, weil bei dem bestehenden Hydrops eine tiefe Blässe der Haut und Schleimhäute die akute Blutentleerung bedenklich machte.

Es handelte sich um ein jüngeres, erst $3^1/_4$ Jahre altes Kind. Das Kind hat vor 4 Wochen Scharlach gehabt, schuppte stark und zeigte nunmehr Schwellungszustände und schwere Atemnot, mit welchen es in das Krankenhaus gebracht wurde, auch Erbrechen war eingetreten. Die Temperatur war nahezu 39° C. Das Kind am ganzen Körper stark geschwollen, insbesondere aber auch im Gesicht. Sensorium frei. Keine Zuckungen oder gar Konvulsionen. Der Puls nur wenig gefüllt und von geringer Spannung, zeitweilig so schwach fühlbar, daß Verf. sich veranlaßt sah, zu Digalen innerlich und zu subkutanen Kampferinjektionen Zuflucht zu nehmen. In beiden Pleuraräumen augenscheinlich flüssige Ansammlungen. Ronchi überall, und rechterseits in den untersten Lungenpartien entschieden auch fast bronchiales Atmen, als Zeichen der Lungenverdichtung, wenn nicht gar pneumonischer Erkrankung, was bei der bestehenden Dämpfung bei dem kleinen Kinde, dessen thorakaler Fremitus nicht zu prüfen war, nicht sicher festzustellen war. Die Herzdämpfung war nach links schwer festzustellen, auch der Spitzenstoß; nach rechts überlagerten die Lungen die Herzgrenzen, augenscheinlich aber war doch die rechte Sternallinie von der Dämpfung überschritten. Flüssigkeit im Abdomen, der aufgetrieben und gespannt war. Schwerste Dyspnoe. Die Harnmenge sehr gering; der Harn von dunkelbrauner, schmutziger Beschaffenheit, mit starkem Sediment, mit sehr viel Zylindern aller Art und Blutbestandteilen; spezifisches Gewicht 1030. Die gemessene Harnmenge in 24 Stunden kaum 100 ccm. Der Fall sah sehr schlimm aus. Man begann mit dem Versuche eines Schwitzbades — mit bedrohlicher Folge; ein zweiter vorsichtiger Versuch mit demselben ließ die Temperatur bis 39,8° C. emporschnellen, ohne daß die Allgemeinerscheinungen sich irgendwie besserten, im Gegenteil erschienen dieselben eher bedrohlicher als früher. Unter solchen Verhältnissen griff Verf. zu einem ihm aus früheren Epidemien bereits wohlgekannten und in Einzelfällen ähnlicher Art erprobten Mittel: er ließ das Kind in toto in ein kaltes feuchtes Laken von der Temperatur von 22 bis 23° C einschlagen, über den Kopf hinweg und nur das Gesicht freilassend, genau nach der Art der kühlen Typhuspackungen, und ließ das so eingepackte Kind in eine wollene Decke einhüllen; — also, wollene Decke, kaltes Laken, das Kind über den Kopf hinweg eingehüllt. Die erste Reaktion einer solchen Prozedur bei einem schwer nach Atem ringenden Kinde ist nicht ohne Sorgen für Arzt und Umgebung, und man muß dauernd das Kind überwachen, ihm wohl auch mit einem Trunk warmen Tees, einigen Tropfen Wein oder Tinct. Valerianae zu Hilfe kommen; bald aber beruhigte sich das Kind, wie Verf. dies auch in früheren Versuchen gesehen hatte, kam zu Schlaf und begann in der allmählich sich erwärmenden Einpackung zu schwitzen; und so verblieb das Kind in der wärmer gewordenen Packung nunmehr einige Stunden, dicht eingehüllt. Der nächste Erfolg war, daß die Temperatur auf 38,8 C und alsbald auf 37,4 C absank, gleichzeitig erhob sich die Harnsekretion auf (gemessen) 610 ccm, bei dem Abfall des spezifischen Gewichts von 1035 zu 1016. Die Menge ist gewiß bei einem so kleinen Kinde unter den gegebenen Verhältnissen nicht mit Sicherheit richtig. Enfin! Angeregte und gesteigerte Diurese, und Hand in Hand mit derselben besseres Allgemeinbefinden. Vor allem Nachlaß der schweren Dyspnoe. Im weiteren Verlaufe blieb die Temperatur auf der Höhe von 37,0 bis 37,5° C, so daß man nun-

mehr wieder zu behutsam verabfolgten Schwitzbädern übergehen konnte. — So sieht man nun jetzt, nach nur wenigen Tagen der so angeordneten Behandlung, das Kind fast frei von Beschwerden; Fieber, Hydrops, Dyspnoe sind geschwunden, die Lungen atmen frei. Die Herzdämpfung ist zur Norm zurückgekehrt; die Herztöne sind rein. Puls regelmäßig, von normaler Spannung; der Harn erscheint noch ein wenig kruent, die Diurese ist aber sehr gut, bis 1150 ccm pro die, und man sieht mit voller Ruhe der definitiven Heilung entgegen bis zur Entlassung des Kindes.

Halten wir fest: Spärliche, fast unterbrochene Diurese bei kruentem, hochgestelltem, sehr eiweißreichem Harn, Hydrops universalis mit Stauungen in den Lungen, Dilatatio cordis nach rechts sowohl wie nach links; darniederliegende Spannung der Arterie, bei elender Pulswelle und einer Pulsfrequenz von 120 — auf welch letzteres Verf. im ganzen nur geringen Wert legt, weil die Pulsfrequenz bei Kindern ein überaus schwankender und unmaßgeblicher Faktor ist, wenigstens nach der positiven Seite hin. Alles das, zusammen mit hohem Fieber, hat den Anlaß gegeben, von den sonst so viel geübten und erprobten Schwitzbädern Abstand zu nehmen, an ihrer Stelle von kalter Packung Gebrauch zu machen und in der ursprünglich kalten Packung das Kind durch längeres Verweilenlassen zum Schwitzen zu bringen; mit ganz überaus erfreulichem Erfolge. Sowohl aus der Krankenhauspraxis wie auch besonders aus der konsultativen Praxis ist Verf. eine ganze Anzahl solcher Fälle in Erinnerung, wo in dem verzweifelten Moment der Kombination urämischer Symptome der gewöhnlichen Art mit Dilatatio cordis und Verfall der Herzaktion, mit Hydrops, hohem Fieber und schwerer Dyspnoe sich die „kalte Schwitzpackung“ — wie Verf. sie nennen möchte — als geradezu lebensrettend erwiesen hat. Natürlich hat man es mit einem zweischneidigen Mittel zu tun, das man wohl zu gebrauchen erst lernen muß; aber es ist, wenn man die Methode seiner Anwendung erst beherrscht, von unvergleichlicher Wirkung.

Man kann das Mittel auch in Kombination mit den innerlichen Herztonicis, mit Digitalis, Kampfer, Koffein und Nux vomica, anwenden, — in Kombination mit diuretischen Mitteln, wie Diuretin, Theocin, Species diureticis, vielleicht auch mit Kalomel — wiewohl Verf. gerade dieses in der alten pädiatrischen Praxis soviel mißbrauchte Mittel möglichst meidet, weil es, übel angewendet, sehr viel Schaden zu stiften vermag — und auch mit diuretischen Wässern, wie Wildunger usw.; man kann die Packung sogar abwechselnd mit vorsichtigen Applikationen von wirklich warmen Schwitzbädern in Anwendung bringen und darf nicht principaliter sich auf die eine oder die andere Methode versteigen wollen. Man hat aber eben in derselben ein physikalisches Hilfsmittel ersten Ranges in der Hand, das man in den geeigneten, bedrohlichen Fällen nach den angegebenen Indikationen anzuwenden nicht versäumen möge. Mehr als eine Schwitzpackung an einem Tage würde Verf. einem Kinde nicht zutrauen, und die Dauer der Schwitzpackung würde er über $1^1/_2$—2 Stunden hinaus nur dann währen lassen, wenn der Allgemeinzustand des Kindes dies zuläßt. Alles kommt hier auf Takt und Übung des Arztes an, vor allem darauf, daß man auch mit dieser Therapie sich beim Kinde ebensowenig überstürzen lasse, wie mit jeder andern.

Grätzer.



Adolf Kutschera, Gegen die Wasserätiologie des Kropfes und des Kretinismus. (M. m. W. 1913 Nr. 8.) Verf. faßt seine Gegengründe gegen die Wasserätiologie des Kropfes und des Kretinismus in folgenden Sätzen kurz zusammen:

1. Die Kropfquellen halten einer Überprüfung nicht stand.
2. Kropf- und Kretinismusepidemien werden nur in Wohnungsgemeinschaften, niemals aber in Wassergemeinschaften beobachtet.
3. Die Tierexperimente beweisen zum größten Teile, daß Kropf und Kretinismus zum mindesten auch ohne Wasser entstehen können.
4. Die epidemiologischen Erfahrungen über das Auftreten und Verschwinden von Kropf und Kretinismus in Familien und Häusern weisen darauf hin, daß die Ursache beider Störungen im Hause und in der Wohnung in der nächsten Umgebung der Kranken oder in diesen selbst zu suchen ist.

Die Übertragung der Schädlichkeit durch einen Zwischenwirt hat eine große Wahrscheinlichkeit für sich. Grätzer.

Felix Oeri, Erstickungsanfall infolge Durchbruchs einer tuberkulösen Drüse in den Bronchus. (Aus dem Lungensanatorium Braunwald.) (Ebenda.) Wir haben einen Fall von Bronchialdrüsentuberkulose, bei dem eine verkäste Drüse in wenigen großen Fragmenten in den rechten Bronchus durchbrach. Das Hauptstück verlegte zuerst den rechten Bronchus vollständig und den linken (bzw. die Trachea) wenigstens teilweise; durch die angestrengte Atmung kam es offenbar ganz in die Trachea zu liegen und führte durch Verschluß derselben zur Erstickung, bis es im Augenblicke der höchsten Not die künstliche Atmung trachealaufwärts und durch die Glottis trieb.

Bei einer kurzen Durchsicht der Literatur, die auf Vollständigkeit keinen Anspruch machen kann, fand Verf. ungefähr 20 ähnliche Erstickungsfälle beschrieben oder referiert. Die Diagnose wurde meist erst auf dem Sektionstische gestellt, nur dreimal (Hubert, Nachod, Fronz) gelang durch Tracheotomie und geeignete Manipulationen mit Kathetern und Haken die Rettung des Patienten; künstliche Atmung als rettenden Faktor findet Verf. nirgends beschrieben, sie soll auch durchaus nicht als Mittel der Wahl empfohlen werden trotz ihrer guten Dienste in diesem Falle. Weitere, vielleicht gerade günstig abgelaufene Fälle, kommen gewiß nicht so selten vor, gehen aber mit der ganzen, großen Erfahrung der praktischen Ärzte verloren. Es ist dies im Interesse der Patienten jedenfalls zu bedauern, denn bei den meisten publizierten Todesfällen ist eine geeignete Therapie nur deshalb unterblieben, weil man gar nicht an die Möglichkeit eines solchen Zufalles dachte. Auch Verf. hat die Diagnose erst nachträglich gestellt, so merkwürdig es ihm jetzt beim Überblicken der doch ziemlich eindeutigen Krankengeschichte erscheint; er wird in Zukunft jedenfalls mit der Möglichkeit rechnen und gegebenen Falles ohne Zeitverlust die einzig sichere Therapie, die Tracheotomie usw. anwenden.

Und eine weitere, mehr theoretische Frucht zeitigt uns die Beschäftigung mit diesen Vorkommnissen. Bei den Fällen, wo Erstickung

eintritt, handelt es sich um die relativ seltene Variation, daß sich eine Drüse in toto oder in wenigen großen Stücken loslöst; viel häufiger sind aber die Fälle, wo eine zentrale Erweichung der verkästen Drüse und dann erst der Durchbruch in einen Bronchus eintritt. Es fehlen dann die stürmischen Symptome der Erstickung, die kleinen Krümmel des infektiösen Materials aber werden in die Bronchien der unteren Lungenabschnitte aspiriert und führen dort zu Lokalisation der Tuberkulose in der Lunge. Daß dies recht häufig ist, zeigen Publikationen über Sektionsmaterial, bei dem besonders auf diese Verhältnisse geachtet wurde. Auch der Umstand, daß einerseits die Bronchialdrüsentuberkulose im kindlichen Alter mehr im Vordergrunde steht, daß anderseits gerade die kindliche Tuberkulose mit Vorliebe den Hilus oder die Unterlappen befällt, drängt uns die Wichtigkeit der Bronchialdrüsen in der Ätiologie der Lungentuberkulose direkt auf. Es ist keine Frage, daß namentlich bei Kindern die verkästen Bronchialdrüsen sehr oft der direkte Anstoß zur Lungentuberkulose werden, sei es, daß sie direkt in das Lungen gewebe durchbrechen, sei es, daß sie sich in die Bronchien entleeren und auf diesem Umwege das Lungengewebe infizieren. Diese Einsicht ist durchaus nicht neu, sie kann aber nicht genug unterstrichen werden, da die Theorie von der direkten Inhalationsinfektion der Lungen noch immer allzusehr im Vordergrunde steht. Grätzer.

Gerhard Wagner, Erfahrungen mit der Conradi-Trochschen Tellurplatte zum Diphtherienachweis. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität Kiel.) (M. m. W. 1913 Nr. 9.) Zusammenfassung: 1. Die Conradi-Trochsche Tellurplatte bedeutet wegen der durch sie gewährleisteten größeren Leichtigkeit und Sicherheit der Auffindung der Diphtheriekolonien einen Fortschritt gegenüber der Löfflerplatte, ohne indessen dem geübten Untersucher wesentlich mehr positive Befunde zu liefern.

2. Die von Conradi und Troch empfohlene Anreicherung auf Löfflerserum macht das Verfahren umständlich, zeitraubend und kostspielig.

3. Vermieden werden diese Nachteile durch ausschließliche Verwendung der Tellurplatte, wobei die erzielten Ergebnisse hinter denen mit vorheriger Anreicherung auf Löfflerserum jedenfalls nicht zurückstehen. Grätzer.

J. Peiser, Eine Präzisionswage für die Säuglingsernährung. (Ebenda.) Mit der steigenden Sorgfalt bei der künstlichen Ernährung des Säuglings wurde die genaue Zumessung der Nahrung zur Notwendigkeit. Insbesondere bei der diätetischen Behandlung kranker Säuglinge wurde die exakte Dosierung der einzelnen Nahrungskomponenten zur Voraussetzung erfolgreicher Therapie. Nährgemische wie Malzsuppe und Buttermilchsuppe sind ohne exakte Dosierung der Kohlehydratzusätze nicht zweckentsprechend herzustellen und zu verwenden.

Jedoch eine solche genaue Dosierung bietet nicht selten technische Schwierigkeiten, namentlich wenn es sich um geringe Gewichtseinheiten, unter 5 g, handelt. Am schwierigsten gestaltet sich die Abwägung des zähflüssigen Malzextraktes.

Verf. hat eine Präzisionswage herstellen lassen, welche die Forderungen der Säuglingsdiätetik zu erfüllen imstande ist. Die Wage beruht auf dem Prinzip der Hebelbriefwage. An Stelle der Plattform, welche die Briefe zu tragen hätte, befindet sich ein leichtes Gestell, welches eine mit Henkel und Schnabel versehene Porzellanschale trägt. Die Schale ist im Gestell nicht befestigt und kann am Henkel leicht abgehoben werden. Die Gewichtsskala der Wage reicht von 0—100 g und läßt die Gewichtsunterschiede von Gramm zu Gramm an 100 Teilstrichen deutlich erkennen. In der Ruhe ist die Wage mit Schale auf 0 äquilibriert. Indem die Schale leicht gereinigt werden kann, entspricht sie auch den Geboten der Asepsis. In der Milchküche der Berliner Säuglingsklinik hat Verf. die Wage seit langem in Anwendung gebracht. Sie hat sich bewährt und ist der Milchküchenschwester unentbehrlich geworden.

Doch nicht nur für die Diätetik des Säuglings dürfte die Wage sich nützlich erweisen, sondern in weiterem Felde überall da, wo es auf sorgfältige Dosierung kleiner Mengen differenter Nahrungsmittel ankommt, z. B. beim Diabetes. Grätzer.

Erich Müller, Zur Therapie und Klinik der Lues congenita. (Aus dem Großen Friedrichs-Waisenhause der Stadt Berlin in Rummelsburg.) (Ther. Mh., Oktober 1913.) 1. Die Behandlung der kongenitalen Lues muß Jahre hindurch fortgesetzt werden, in gleicher Weise, wie es bei der akquirierten Lues schon seit langer Zeit geschieht. Eine ein- oder mehrmalige Behandlung im Säuglingsalter genügt nicht. Die Forderung (auch von Neißer kürzlich wieder ausgesprochen) nach einer möglichst intensiven und langen Behandlung der Lues ist auch für die Syphilis der Säuglinge mehr als bisher zu berücksichtigen.

2. Das Verschwinden der klinischen Symptome ist auch bei der Säuglungs-Lues kein Beweis für eine Heilung. Genügend ausgedehnte Beobachtungen haben es erwiesen, daß die Wassermannsche Reaktion auch nach dem Rückgange der Erscheinungen noch lange Zeit sich positiv erhalten kann, oder daß sie, einmal negativ geworden, sehr oft wieder positiv werden kann, ein Zeichen, daß die Lues noch nicht erloschen ist.

3. Das Verhalten der Wassermannschen Reaktion als Maßstab genommen, ist die angeborene Syphilis schwieriger zu beeinflussen als die erworbene. Andrerseits gelingt es aber durch eine lange Zeit fortgesetzte Behandlung (6 bis 8 Kuren im Verlauf von 3 bis 4 Jahren), eine dauernd negative Wassermannsche Reaktion zu erhalten.

4. Die reine Salvarsanbehandlung hat vor der Quecksilbertherapie vorläufig keine eindeutigen Vorteile. Die Wassermannsche Reaktion wird nicht früher bleibend negativ, andrerseits verschwinden die frischen luetischen Symptome gleich schnell unter beiden Methoden.

5. Irgendeinen Nachteil hat Verf. von der bei ihm geübten Salvarsantherapie niemals gesehen, auch nicht bei den kombiniert behandelten Fällen.

6. Die kombinierte Behandlung ist heute am meisten zu empfehlen, besonders auf Grund der Erfolge bei der akquirierten Lues,

und zwar in der Weise, daß das Arsen als ein Plus zum Quecksilber hinzutritt und dieses nicht etwa alternierend ersetzt. Bis heute fehlen für die angeborene Syphilis noch genügend gesicherte Erfahrungen, ob auf diesem Wege schnellere und besonders dauerhaftere Erfolge zu erzielen sein werden.

7. Die Intelligenzdefekte, die die angeborene Lues trotz sehr ergiebiger Behandlung verursacht, sind im Verhältnis zu den bei der erworbenen wesentlich schwerer und ernster.

8. Eine Enquete nach dem Schicksal der kongenital syphilitischen Kinder, die in ausreichendem Maße behandelt worden sind, wird erst in Jahren möglich und von Wert sein. Die meisten der bisherigen statistischen Arbeiten geben uns nur Auskunft über das Schicksal von Kindern, die mehr oder weniger ungenügend behandelt worden sind. Grätzer.

Eckert (Berlin), Indikation und Technik der Tuberkulinkuren im Kindesalter. (Ebenda.) Eine Tuberkulinkur ist erst dann indiziert, wenn die stattgehabte Infektion sicher festgestellt wurde.

Ihr Ziel ist nicht sowohl die Heilung tuberkulöser Affektionen, als vielmehr die Erhöhung der Resistenz gegen das tuberkulöse Gift. Deshalb hat sich die Indikationsstellung weiter zu beschränken auf lokalisierte Tuberkulosen.

Für die Technik kann im Kindesalter allein die einschleichende, jede stärkere Allgemein- und Herdreaktion vermeidende Methode der kleinen Dosen mit vorsichtiger Steigerung in Betracht kommen.

Grätzer.

S. Wassermann, Beitrag zur Therapie des Keuchhustens. (Ebenda.) Chinin in Verbindung mit Veronal, noch besser mit Bromural, ist bestens zu empfehlen. Grätzer.

E. Sons, Über die Behandlung eines Falles von Trachealstenose infolge von Granulationen mit Röntgenstrahlen. (Aus der Inneren Abteilung des städt. Krankenh. in Düren, Rhld.) (M. Kl. 1913 Nr. 37.)

Z. J., ein Knabe von 9 Monaten, der mit 2 Monaten Diphtherie gut überstand, bekam mit 8 Monaten zum zweiten Male Diphtherie, in deren Verlauf tracheotomiert werden mußte. Nach Entfernung der Kanüle entstand Larynxstenosierung durch Einziehung und Schrumpfung der Operationsnarbe und durch Granulationsbildung. Mehr als 2 Wochen vor Einlieferung ins Krankenhaus kam es öfters zu Anfällen von Dyspnoe und Zyanose, so daß das Kind wiederholt in Lebensgefahr schwebte. Es wurde deshalb zur weiteren Behandlung mittels Intubation ins Krankenhaus gebracht.

Der Befund war folgender: Blasses Kind mit heftigem Flankenatmen und starken inspiratorischen Einziehungen der Interkostalräume und der Trachealnarbe, mit Temperaturen zwischen 38,5 bis 39,5° C, kleinem frequenten Puls, diffuser Bronchitis. Es wurde sofort intubiert; die Intubation erfolgte ohne besondere Schwierigkeiten, jedoch mußte sie, da die Tube leicht ausgehustet wurde, innerhalb der nächsten 11 Tage elfmal wiederholt werden — an einem Tage sogar fünfmal. Nach jedem Aushusten verfällt das Kind rasch wieder in den Zustand von hochgradiger Dyspnoe und Zyanose, so daß schließlich am 12. Tage nach der Aufnahme zur Tracheotomie in die alte Narbe geschritten wurde.

Zur Narbendehnung wird absichtlich die Kanüle Nr. 2 gewählt. In den ersten Tagen erfolgt bei leidlichem Wohlbefinden Absinken der Temperatur zu subfebrilen Werten, reichliche eitrige Sekretion aus der Kanüle. Über den Lungen ist eine diffuse Bronchitis noch nachweisbar.

Vom 4. Tag ab beginnen trotz richtig liegender Kanüle wiederum Erscheinungen von Stenose aufzutreten, und es sind durch Sondierung der Trachea Granulationen in ihr nachweisbar. Inhalationen von Suprareninlösung 1 : 10000 bringen keine Besserung, desgleichen nicht die darauf angewandten Ätzungen mit 5%iger Höllensteinlösung. Die ganze Trachea erscheint unterhalb des unteren Kanülenendes mit Granulationen ausgestopft, die andauernd Erstickungsgefahr machen. Auf jeden Versuch, die Granulationen zu entfernen, treten erneut Wucherungen auf, die immer wieder rasch zu Verschluß der Trachea führen.

10 Tage nach Ausführung der zweiten Tracheotomie wird das bereits moribunde, durch Sauerstoffinhalationen und Kampferinjektionen noch durchgeschleppte Kind der ersten Bestrahlung mit Röntgenstrahlen unterworfen, und zwar 4 Minuten mit weicher Röhre bei einer Belastung von 6 Wehnelt und einer Stromstärke von $2^1/_2$ Milliampère.

Wenige Stunden später erfolgt unter vermehrter eitriger Sekretion, die zeitweise mit Blut untermischt ist, Freiwerden der Atmung. Die Bestrahlung wird noch dreimal wiederholt mit dem Endresultat, daß 9 Tage nach der ersten Bestrahlung die Kanüle entfernt werden kann. Die Wunde verheilt jetzt rasch und ohne Einziehung, die Atmung bleibt ungehindert. Das Kind wurde geheilt entlassen und ist seither — mehr als $^3/_4$ Jahre — gesund geblieben, hat nie wieder unter Atemnot gelitten.

Es hatten sich offenbar infolge der mannigfachen Reizungen der überempfindlichen Trachealschleimhaut durch Tracheotomien und Intubationen Granulationen gebildet, die die Atmungswege verlegten. Bei der Erfolglosigkeit jeder anderweitigen Therapie in diesem anscheinend hoffnungslosen Falle wurde zur Röntgenbestrahlung geschritten von dem Gesichtspunkt aus, daß durch diese embryonales Gewebe in seiner Proliferation gehemmt und zerstört wird. In der Tat bestätigte sich diese Annahme, da unter gesteigerter Expektoration von mit Blut untermischtem Eiter und Detritus die Passage frei wurde und auch nach Entfernung der Kanüle dauernd frei blieb. Auf die Verheilung der Trachealwunde hatte die Bestrahlung keinen hemmenden Einfluß. S. empfiehlt deshalb, durch diesen Erfolg ermuntert, in analogen Fällen einen Versuch mit vorsichtiger Röntgenbestrahlung zu machen. Grätzer.

Lämmerhirt (Oberschöneweide-Berlin), Über zweimaliges Auftreten von Scharlach. (Ebenda.) Verf. hat bei einem Material von 30 bis 50 Scharlachfällen pro Jahr in 10 Jahren dreimal Neuerkrankungen an Scharlach erlebt, wobei er in einem Falle beide Male den Kranken selbst behandelt hat.

Aus seinen Beobachtungen ist mit Sicherheit zu entnehmen, daß das einmalige Überstehen von Scharlach keinen genügend sicheren Schutz gegen eine Neuerkrankung verleiht, daß die neue Erkrankung durchaus nicht leichter, ja sogar schwerer und tödlich verlaufen kann. Grätzer.

Hausmann, Die Bedeutung der Amylaceenretention im nüchtern ausgeheberten Mageninhalt. (Boas Arch. 18 S. 530.) Korinthenstagnation zeigt nicht unbedingt eine Pylorusstenose an, ebenso beweist ihr Fehlen nicht die Abwesenheit einer Stenose. Dagegen ist der mit Jodprobe geführte makroskopische Nachweis an Amylaceenresten sehr wichtig für die Erkennung eines Passagehindernisses. Nothmann.

Rütimeyer, Über die diagnostische Bedeutung der Fermentuntersuchungen, speziell des Labfermentes, des Magen-

saftes bei Magenkrankheiten. Zugleich ein klinischer Beitrag zur Frage der Wesenseinheit von Lab und Pepsin beim Menschen. (Boas Arch. 6. 1912 S. 571.) Verf. weist auf die Wichtigkeit der Fermentprüfung hin. Die Sekretion freier Salzsäure und die von Lab und Pepsin sind voneinander unabhängig. Klinisch wird man Lab und Pepsin nicht als wesenseins auffassen dürfen. Nothmann.

Ig. Hofer, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ohres bei kongenitaler Syphilis. (Arch. f. Ohrhlk. 90 S. 117.) Die histologischen Untersuchungen der Schläfenbeine von 10 Fällen hereditärer Lues ergaben folgendes: 1. Verzögerte oder gestörte Ossifikationsprozesse; nur in 3 Fällen war der Knochen dem Alter des Kindes entsprechend entwickelt. 2. Intrauterine entzündliche Prozesse an den Meningen, an der Dura, am Nerv. acusticus. 3. Blutungen in den Hohlräumen des Mittelohres, Labyrinthes, in die Nervenstämme, Dura, in den inneren Gehörgang sind sicher nicht syphilitisch, sondern beruhen auf Suffokationserscheinungen.

A. Sonntag (Berlin).

K. Gehry, Das Gehirn des H. G.; Idiotie mit Stummheit; atrophische Sklerose. (Journ. f. Psychol. u. Neurol. 20. 1913 H. 3.) Klinisch: Langsam progredienter Schwachsinn, in frühester Kindheit einsetzend; epileptischer Anfall im 45. Jahre. Keine hereditäre Belastung. Völlige Wortstummheit bei ziemlich gutem Wortverständnis. Starke Sexualität, Exhibitionismus, exzessive Onanie. Tic, sich an einem Ohr zu zupfen. Tod im Alter von 59 Jahren ohne besondere interkurrente Krankheit.

Anatomisch: Hirngewicht 911 g. Porenzephalische Defekte, bilateral symmetrisch, sektorenförmig in den hinteren Partien beider Stirnlappen mit Einschluß der III. Stirnwindungen beiderseits. Ebensolche Defekte in beiden Hinterhauptslappen an der Grenze des Parietallappens. Schrumpfung der Windungen im Bereich des Porus (Pseudomikrogyrie). Mikroskopisch das Bild der atrophischen Hirnsklerose: Ausfall der Nervenzellen und Schwund der Markfasern in den meist affizierten Gebieten; Ersatz durch Neuroglia und in geringerem Maße durch Bindegewebe, wirbel- oder federbuschförmige Anordnung der abnorm derben Gliafasern. Multiple kleine Herde in der übrigen Rinde mit Degeneration und unregelmäßiger Lagerung der Nervenzellen. Produktion von gliogenen Gitterzellen, Verfilzung der Markfasern, in erster Linie zu kegelförmigen Gebilden zunächst dem Marklager.

Wahrscheinlich hat der Krankheitsprozeß von den Meningen auf die Gehirnrinde übergegriffen. Ätiologisch kommen unter der Geburt entstandene subpiale Hämatome in Betracht, die in den Meningen und benachbarten Gefäßen eine reaktive Entzündung teilweise mit zystischer Degeneration des Hirngewebes erzeugten. Durch die Propagation der Entzündung auf dem Blutwege erklärt sich die symmetrische Lage der Hauptherde in beiden Hemisphären. An meningeale Hämatome mit anschließender Enzephalitis ist als Ursache für eine Idiotie zu denken, wenn sie in nicht belasteten Familien

nach schwerer Geburt ohne bestimmte andere Schädigung auftritt. Die Wortstummheit des Pat. bei erhaltenem Sprachverständnis und Gehörvermögen ist wohl durch die völlige Sklerose des Fußes der linken unteren Stirnwindung zu erklären. K. Mendel (Berlin).

Schlesinger E. (Straßburg i. Els.), Schüleruntersuchungen an höheren Schulen. (Intern. Arch. f. Schulhyg. 8. 1912 H. 1.) Schüler höherer Lehranstalten übertreffen ihre Altersgenossen in den Volksschulen in bezug auf ihre Gesamtkonstitution.

Blutarmut findet sich häufiger in höheren Schulen; sie wird besonders in den unteren Klassen beobachtet. Nervosität ist seltener an Volksschulen zu finden. Skrofulotuberkulose und Hautkrankheiten sind in höheren Schulen seltener. Residuen von Rachitis und exsudativer Diathese finden sich bei den Lernanfängern in beiden Schulkategorien fast gleich häufig und nehmen in höheren Schulen rascher ab. Leichte Grade von Schwerhörigkeit sind seltener an höheren Schulen, schwere Grade sind an sich nicht häufig. Bezüglich der Zähne liegen die Verhältnisse an höheren Schulen etwas günstiger als an Volksschulen. Der Kropf erfährt während der Schulzeit in den höheren Schulen eine geringere Zunahme als in den Volksschulen. Verbiegungen der Wirbelsäule, besonders die bloßen Haltungsanomalien, sind in der Volksschule nur in den ersten Jahren häufiger, werden später wieder seltener; in den höheren Schulen findet eine Vermehrung dieser Fälle erst später statt, und zwar in größerem Umfange als dort. Ähnlich verhält es sich mit der Kurzsichtigkeit.

Auch in den höheren Schulen werden oft gröbere krankhafte Befunde erhoben, die von den Eltern nicht beachtet worden waren. Daher erscheint auch in den höheren Schulen die Anstellung von Schulärzten durchaus gerechtfertigt. In den Volksschulen bedürfen die unteren Klassen, in den höheren Schulen die Pubertätsjahre besonderer Berücksichtigung. In den Volksschulen stehen die Proletarierkrankheiten, in den höheren Schulen diejenigen krankhaften Erscheinungen im Vordergrund des Interesses, für welche eine angestrengte Schularbeit in den Entwicklungsjahren zum mindesten eine Prädisposition schafft. K. Boas (Straßburg i. E.).

H. Vortisch van Vloten (Hoyau, China): Über Säuglingsernährung in den Tropen. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg. 16. 1912 Nr. 3.) Wie soll in den warmen Ländern das Kind einer europäischen Mutter in den ersten Lebensmonaten ernährt werden, falls letztere infolge von Krankheit, z. B. Malaria, oder wegen Blutarmut nicht stillen kann? Das ist eine ebenso wichtige als schwierig zu beantwortende Frage. Bei farbigen Ammen — und nur solche kommen aus naheliegenden Gründen in den Tropen und Subtropen beinahe ausschließlich in Frage — besteht die dringende Gefahr der Übertragung von Lues oder Tuberkulose auf den Säugling. Milchvieh, Kühe oder Ziegen, ist häufig nicht vorhanden. Falls aber Tiermilch erhältlich, so gibt ihr auch Verf. den Vorzug vor den Milchpräparaten. Sonst empfiehlt er stets kondensierte Milch, bei welcher nach des Autors Erfahrung die Säuglinge der weißen Ansiedler und Missionare ausgezeichnet gedeihen. Sie stellt sich oben-

drein meist billiger als die Tiermilch. Die Mehrzahl der Milchkonserven wird in der Weise hergestellt, daß man die Milch durch langes Erhitzen kondensiert. Allerdings werden bei diesem Prozeß höchstwahrscheinlich die Nährsalze verändert und größtenteils unwirksam gemacht. Andere Sorten von Milchkonserven macht man mittelst „Homogenisierens" haltbar. Hierunter verstehen wir folgendes Verfahren: Die Fettkügelchen der Milch, welche sonst bei Auflösen oder Verdünnen der Konserven Fettaugen bilden würden, was recht unappetitlich aussieht, werden gewaltsam gesprengt und in ganz kleine Teilchen aufgelöst. Man erzielt hierdurch die Wirkung, daß selbst nach jahrelangem Liegen der Konserven kein Ausbuttern mehr stattfindet. Nunmehr wird die Milch an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen bei wechselnden Temperaturen erwärmt, wodurch zwar die Bakterien absterben, die Sporen aber weiter wachsen. Zum Schlusse erhitzt man die Milch noch in der zum Versand kommenden Flasche auf 100° C. Neben ihrer Haltbarkeit hat eine derart präparierte Milch noch den Vorzug, keinen Beigeschmack nach Karamel oder der Blechbüchse zu haben. Verf. rät zu einer Mischung von gezuckerter und ungezuckerter Kondensmilch, bei Verdauungsstörungen soll nur die letztere gereicht werden. Die Verdünnung erfolgt mittelst Schleimabkochungen, und zwar in etwas höherem Grade, als dies in den Ländern der gemäßigten Zone geschieht: 2 Teile Milch mit 1—2 Teilen Schleim. Zu jeder Flasche läßt Verf. eine Messerspitze Kochsalz fügen oder besser noch das Lahmannsche Nährsalzextrakt, von 4—6 Monaten an dann noch ein Eigelb für den ganzen Tag.

Kronecker (Berlin-Steglitz).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Oskar Kirsch, Die Abblassungserscheinungen des Scharlachexanthems in ihrer weiterreichenden Bedeutung. (W.kl.W. 1913 Nr. 45.) Nach Ablauf eines Scharlachexanthems macht sich sowohl an den arteriellen als an den venösen Hautgefäßen eine Funktionsstörung geltend, welche sich in einer Neigung derselben äußert, in einem Zustande relativer Verengerung zu verharren, der jedoch infolge krankhafter Reizbarkeit der Hautarteriolen und -kapillaren schon bei geringfügigen Reizen in brüske, exzessive Dilatation umschlägt. Für eine Schädigung des Gefäßapparates spricht auch das Auftreten von Blutungen vom Typus und Entstehungsmodus der Purpura nervosa (Couty). Es besteht ferner eine Neigung zu dem Auftreten leichter Grade peripherer Zyanose. Wir beobachteten demnach nach Ablauf des Scharlachexanthems eine Veränderung des Hautorgans, welche gewisse Züge eines Zustandes aufweist, den wir bisher als „vasomotorische Neurose" bezeichnet haben. Bezugnehmend auf die vielumstrittene Frage über die nervöse oder peripher angiogene Entstehung der Angioneurosen möchte Verf. darauf hinweisen, daß der ausgesprochen angioneurotische Zustand des Hautorgans, welcher sich vor unseren Augen während der Scharlachrekonvaleszenz aus der toxisch entzündlichen Schädigung der peri-

pheren Hautgefäße entwickelt, dem offenbar eine schwere Motilitätsschädigung der Kapillaren selbst zugrundeliegt, ihm ein Beispiel für die unzweifelhaft peripher angiogene und nicht neurogene Genese eines angioneurotischen Zustandes zu sein scheint.

Es ergibt sich weiterhin die Frage: Besteht vielleicht die Möglichkeit, an den Gefäßen innerer Organe, vielleicht an diejenigen der Niere, insbesondere an den Glomerulusgefäßen, ähnliche Veränderungen nachzuweisen, wie wir sie an den Hautgefäßen beobachten? Es wurde nun seit jeher von den Autoren die Tatsache hervorgehoben, daß bei den Glomerulonephritiden sonderbarerweise die Glomerulusgefäße vollständig blutleer gefunden werden, was zweifellos in einem gewissen Widerspruche mit der bisher supponierten, entzündlichen Genese des Prozesses steht. Verf. gibt nun der Vermutung Ausdruck, daß diese Erscheinung gleichfalls als eine temporäre, spastische Verengerung der Glomerulusgefäße zu deuten und in Analogie mit der gleichzeitig am Hautgefäßsystem zusehends sich vollziehenden Verengerung der Kapillaren als eine postexanthematische Abblassungserscheinung aufzufassen ist. Diese zunächst an den arteriellen und venösen Gefäßen der Haut, dann weiterhin an den Nierenglomerulusgefäßen nachweisbare Verengerung des Gefäßlumens erscheint als ein im Wesen der Exanthemabblassung begründeter und daher erst während der Scharlachrekonvaleszenz gesetzmäßig auftretender pathologisch-physiologischer Vorgang von größter Bedeutung, der vielleicht sogar die Ursache der scharlachnephritischen Blutdrucksteigerung bildet, welche dann aufzutreten scheint, wenn übermäßige Exanthemabblassung in ausgedehnten Organgebieten zu einer übermäßigen Verengerung der Kapillaren und demgemäß zu einem beträchtlichen Anwachsen der peripheren Widerstände führt. Grätzer.

Albert Lorenz, Ein Fall von doppelseitigem, angeborenem Defekt des Radius. (W. m. W. 1913 Nr. 17.)

Die kleine 7 jährige A. M. ist hereditär nicht belastet. In der ganzen Aszendenz ist keine Mißbildung anamnestisch nachzuweisen. Die Schwangerschaft verlief normal, die Geburt war eine leichte. Über die Fruchtwassermenge fehlen genaue Angaben. Die Mutter weiß sich keiner Traumen (Stürze, Stöße usw.) während der Gravidität zu entsinnen.

Gewicht und Größe des Neugeborenen waren normal. Schon wenige Tage nach der Geburt fiel der Mutter die abnorme Haltung der Hände und Füße auf.

Im übrigen entwickelte sich das Kind körperlich und geistig vollkommen normal: die Stellung der Füße hinderte es nur wenig beim Gehen, die der Hände ebensowenig bei allen Verrichtungen. Die abnorme Stellung der Hände wird schon seit Jahren nach ärztlicher Verordnung mit Hülsen- und Schienenapparaten bekämpft. Jetzt suchen die Eltern der Pat. radikale Abhilfe.

Status praesens: Seinem Alter entsprechend entwickeltes Mädchen. Konfiguration des Kopfes und Rumpfes normal. An den inneren Organen nichts Pathologisches. Auf den ersten Blick fallen die Veränderungen der oberen Extremitäten auf. Man wäre versucht, bei bloßer Inspektion an rachitische Verkrümmungen zu denken oder eventuell an Radialislähmung, Umstände, auf die wegen der Differentialdiagnose schon Antonelli (Pavia) hingewiesen hat. Während die Oberarme von normaler Größe und Gestalt, die Muskulatur derselben zu schwach, jedoch funktionstüchtig, am Humerus nichts Normwidriges zu tasten und die Bewegungen in Schulter- und Ellbogengelenken vollkommen frei sind, zeigen beide oberen Extremitäten vom Ellbogengelenk abwärts pathologische Abweichungen von der Norm. Beide Vorderarme sind gleichmäßig verkürzt, ihre Längsachse bildet einen radialwärts offenen sanften Bogen. An der zwar schwachen,

jedoch gebrauchsfähigen Muskulatur sind keine palpatorisch nachweisbaren Anomalien zu konstatieren, hingegen fällt beim Abtasten der Vorderarme das Fehlen eines der langen Röhrenknochen auf, und zwar, wie sich bei näherer Untersuchung herausstellt, der beiden Radien. Es scheint dieser Defekt ein vollständiger zu sein, da beiderseits im ganzen Verlauf der Unterarme vom kubitalen bis zum karpalen Ende keine Spur der Radien zu tasten ist. Die Hände sitzen den Vorderarmen derart auf, daß die Längsachse der ersteren nicht die direkte Fortsetzung der Vorderarmachse bildet, sondern mit dieser einen radialwärts offenen Winkel von zirka 140° einschließt. Am Scheitel dieses Winkels fällt ulnarwärts eine halbkugelförmige, knochenharte Prominenz auf, die sich bei Palpation als das eines Processus styloides ermangelnde verdickte und abgerundete karpale Ende der Ulna erweist. Gestalt und Größe der Hand und Finger zeigen nichts Pathologisches; Daumen- und Kleinfingerballen sind gut entwickelt, die Finger schlank und wohlgeformt. Die beschriebene Handhaltung ist nicht fixiert, sondern läßt sich passiv ohne großen Widerstand redressieren, kehrt aber immer wieder in die pathologische Lage zurück. Aktive Bewegungen der Karpalgelenke werden beiderseits nach allen Richtungen, wenn auch in beschränktem Ausmaß, vollbracht, jedoch die Ulnarflexion ist nur in minimalem Grade möglich und setzt auch der passiven Bewegung erheblichen Widerstand entgegen. Der Gebrauch beider Hände ist ein vollkommen normaler; Faustbildung und Opposition der Daumen sind gut ausführbar. Das Röntgenogramm zeigt am Humerus und Ellbogengelenk normale Verhältnisse. Links fehlt der Radius vollkommen; es ist keine Spur eines Knochenkernes, den man als Rudiment des Radius ansprechen könnte, nachzuweisen. Hingegen sieht man rechts an der Stelle des karpalen Radiusendes eine Verdichtung, welche einem Radiusrudiment entsprechen dürfte. Karpus und Metakarpus sowie sämtliche Phalangen sind normal. Bemerkenswert ist, daß links, auf der Seite des kompletten Radiusmangels also, die aktiven Bewegungen des Handgelenkes viel freier sind und namentlich der Ulnarflexion weniger Widerstand entgegensteht als rechts, wo doch ein Rest des Radius vorhanden ist. Das Kind benutzt auch die linke Hand mehr als die rechte. An den unteren Extremitäten besteht rechts ein Pes calcaneovalgus, links Pes valgus, beide mäßigen Grades.

Es handelt sich also um kompletten, kongenitalen Radiusdefekt rechts mit mäßiger beiderseitiger Klumphandstellung und den eben beschriebenen pathologischen Veränderungen der Fußhaltung.

Was den Fall aus der langen Reihe der Kasuistik als bemerkenswert hervorhebt, sind folgende Umstände: 1. Die Geringfügigkeit der neben dem Radiusdefekt gleichzeitig bestehenden Mißbildungen. 2. Der geringe Grad der Klumphandstellung. 3. Das Fehlen jeglicher Mißbildungen an den Händen.

Der Weg der Therapie war klar vorgeschrieben. Es handelte sich um ein sonst ganz gesundes Individuum, der Gebrauch der Hand war in keiner Weise eingeschränkt, der Fehler ein rein kosmetischer. Es wurde beiderseits modellierendes Redressement der Varusstellung der Hand angewandt und die Ulna in ihrer Mitte infrangiert, die Hände in Dorsoulnarflexion durch einen Gipsverband fixiert, der nach 4 Wochen abgenommen wurde. Die gewonnene redressierte Handstellung wurde durch Ledermanschetten und ulnarflexierende gymnastische Übungen festgehalten und die Pat. als geheilt entlassen. Nach 5 Jahren sah Verf. sie mit einem Rezidiv der linken Hand wieder, während die rechte von einer normalen nicht zu unterscheiden war. Das modellierende Redressement wurde wiederholt, die Ulna in der Regio suprastyloidea abermals infrangiert. Bei gleicher orthopädischer Nachbehandlung (Manschette und ulnarflexierende gymnastische Übungen) ist der Erfolg bis nun, ein Jahr nach Entlassung aus der Behandlung, ein vollständiger.

Grätzer.

Perrin, Tuberculose transmise à deux enfants par du sable contaminé. (Soc. de méd. de Nancy. 1913. 12. März.) (Annales de méd. et chir. infantiles. 1913. 15. Juni.) Verf. erzählt folgendes: Die Familie H. war absolut frei von tuberkulösen Antezedentien; sie bewohnte in einem gesunden Stadtviertel eine Parterrewohnung mit Gärtchen. Im ersten Stockwerk desselben Hauses wohnte ein tuberkulöser Cafékellner, der im Juli 1900 starb, nachdem er zwei Kinder verloren hatte, und dessen Frau und drittes Kind ständig husteten. Dieser Kranke kam während der letzten Monate von 1899 und den ersten Monaten von 1900 häufig zu seinen Parterre-Hausgenossen; hier spukte er ins Taschentuch, aber aus seinem Fenster spuckte er in den Sand des Gärtchens, in den Sand, der den zwei Kindern H. zum Spielen diente. Namentlich während der letzten Monate seines Lebens machte er das so. Im Laufe des Jahres 1900 nun setzt bei dem 4jährigen Kind eine akute Lungentuberkulose ein, die im Januar 1901 mit einer Meningitis endigte. Die andere Tochter, 6jährig, erkrankte, bald nach ihrer Schwester, an einer das Leben gefährdenden lokalisierten Tuberkulose einer Spitze und an tuberkulöser Laryngitis. Nach langen Monaten trat endlich Heilung ein.

Die daraus sich ergebenden Forderungen nach administrativen Maßnahmen zur Reinhaltung der öffentlichen Wege, Promenaden und Plätze, deren Sand den Spielen der Kinder dient, und zur Schaffung besonderer Spielplätze mit reinem und oft erneuertem Sand dürften auch für uns Geltung haben. H. Netter (Pforzheim).

A. Delcourt, Quelques faits cliniques: Douleurs de croissance. (La Pathologie infantile. 1913. April.) Die Autoren, die sich besonders mit dieser Frage beschäftigt haben, geben an, daß man hauptsächlich zwischen dem 12. bis 15. oder 16. Jahr die Wachstumskrankheiten beobachtet. Vor und nach diesem Alter sind sie außergewöhnlich. Gleichwohl kommen sie vor, wie die angezeigte Beobachtung an einem $5^1/_2$ jährigen Kinde beweist. Gewisse fieberhafte Erkrankungen, und besonders solche, welche das Kind zu einer langen horizontalen Ruhelage verurteilen, haben einen beträchtlichen Einfluß auf das Längenwachstum der Knochen. Genannt seien in erster Linie der Typhus, schwere Pleuritis, der Pneumothorax, dann die komplizierten Eruptionsfieber usw. usw. Man kann hiernach in wenigen Wochen oder Monaten eine Zunahme um 10, 15 und 20 cm sehen. Häufig beobachtet man alsdann, namentlich an den Knien, Streifen in der Haut (Striae patellares). Man hat auch solche Fälle von rapidem Wachstum nach Entfernung adenoider Wucherungen verzeichnet.

Das Hauptmerkmal der den Gegenstand dieser Studien bildenden Krankheiten ist also die hochgradige Schnelligkeit der Verlängerung gewisser Knochen, eine richtige Wachstumskrise, meist im Gefolge eines langen Krankenlagers. An der unten mitgeteilten Beobachtung zeigt uns Verf., daß dieser Charakter zuweilen fehlt, daß ein gesteigertes Längenwachstum der Knochen ohne erkennbare Ursache und während einer mehr oder weniger langen und regelmäßigen Periode stattfinden kann.

Das Hauptsymptom der Wachstumskrankheit ist der Schmerz, der nach Bouilly durch eine ganz abgeschwächte juxta-epiphysäre Osteitis bedingt ist. Diese Schmerzen sind diffus, herumziehend; sie sitzen in der Diaphyse der Knochen, sind bald oberflächlich, werden durch Druck geweckt, sind bald tief und subjektiv, werden durch Gehen, Ermüdung ausgelöst. Sie prädominieren an den unteren Gliedmaßen oder sind häufig auf den Unterschenkel beschränkt. Verschiedene Arthralgien, osteogene Exostosen und der schmerzhafte Plattfuß sind solche Zustände, die hier differentialdiagnostisch in Betracht kommen können. In Wirklichkeit handelt es sich um eine ganz milde, echte Osteitis, die, sich selbst überlassen, sich verschlimmern kann. Vergessen wir nicht, daß der Ausgangspunkt der akuten Osteomyelitis sich gerade im Mark der langen Knochen, in der Nähe des Bindeknorpels, an der Stelle der größten formativen Tätigkeit des Knochenmarkes sich findet.

Auf die nervösen Symptome (Neuralgien, Ophalalgien), auf die häufig verzeichneten Herzsymptome, deren wichtigstes die Wachstumshypertrophie ist, auf die möglichen Schädigungen des Verdauungstraktus und des Genitalapparates, geht Verf. nicht weiter ein, da seine Kranke nach dieser Seite keine Anomalien bot.

$4^1/_2$jähriges Mädchen. Seit einigen Monaten Klagen über sehr lebhafte Schmerzen an den Kniegelenken, besonders im hinteren Teil. Dieselben treten in Form richtiger Krisen, namentlich des Nachts, mitten im Schlaf ein. Das Kind erwacht am Schmerz, stöhnt und weint. Die Schmerzen dauern zuweilen mehrere Stunden, zuweilen die ganze Nacht, und nichts kann sie mildern. Am nächsten Morgen ist alles in Ordnung; das Kind spielt und geht aus.

Was an dem Kind zunächst in die Augen fällt, ist die über die Norm weit hinausgehende Körperlänge — 118 cm, die nach Quetelet für dieses Alter 91,5 cm beträgt. (Sie wäre nach der Pirquet-Camererschen Tafel mit 101 cm auch immerhin noch um 17 cm voraus, und die Länge von 118 cm würde bei einem Mädchen nach derselben Tafel einem Alter von 8 Jahren entsprechen.) Eine von den Eltern seit Monatsfrist festgestellte Abmagerung ist nur eine scheinbare und muß auf das gesteigerte Wachstum zurückgeführt werden. Alle Organe sind intakt. Dagegen ist ein nicht schmerzhafter Plattfuß vorhanden. Therapie: Ruhe, Gelenkverbände, Einlagesohlen. Die Schmerzanfälle wurden seltener, verloren auch ihre Heftigkeit, ohne ganz zu verschwinden, denn das Wachstum ist noch regelmäßig gesteigert. Seit einigen Monaten hat sich dazu noch ein runder Rücken mit flügelförmig abstehenden Schulternblättern gebildet.

Beim Abschluß der Beobachtung, mit $5^1/_2$ Jahren, mißt das Kind 129 cm. Die korrespondierende Länge ist nach der Tafel von Quetelet in diesem Alter 97 cm, nach Pirquet-Camerer 105 cm.

Zusammengefaßt bietet der Fall folgende Besonderheiten:

1. Fehlen einer fieberhaften Krankheit, die eine lange Bettruhe nötig gemacht hätte;
2. Gesteigertes, regelmäßiges Wachstum während mehrerer Jahre;
3. Anfallsweise, des Nachts auftretend, Wachstumsschmerzen, besonders an den Knien, zuweilen an den Hüften und Schultern;

4. Deformation des Fußgewölbes (Plattfuß) und der Wirbelsäule (runder Rücken).

	Länge	mittlere Längen nach Quetelet	mittlere Längen nach Pirquet-Camerer	Gewicht
13 Monate	83 cm	69,0 cm	75 cm	12,900 kg
25 „	96 „	78,0 „	84(—85) cm	16 kg
$4^1/_2$ Jahre	118 „	91,5 „	101 cm	25 „
$5^1/_2$ „	129 „	97,4 „	105 „	29 „

Das Normalgewicht für ein Mädchen von $5^1/_2$ Jahren wäre nach Pirquet-Camerer 18 kg! Ein Gewicht von 29 kg entspräche nach dieser Quelle einem Alter von 11 Jahren. Mit seinen 129 cm Länge hätte das $5^1/_2$jährige Mädchen nur 4 cm weniger, als die Länge beträgt, der ein Gewicht von 29 kg entspricht. (Anm. d. Refer.)

H. Netter (Pforzheim).

E. Gilson, Un singulier cas de coqueluche. (La Revue belge de puériculture. 1913 Nr. 3.) Ein 5jähriges Kind bekommt plötzlich Niesanfälle, die sich mehrmals im Tage wiederholen. Man setzt die Erscheinung zunächst auf Rechnung einer Erkältung. Nach 3 Tagen indes, da die Anfälle immer häufiger sich wiederholen, wendet man sich an Verf. Er findet das Gesicht gedunsen, die Augen geschwollen und tränend, Klagen über leichten Kopfschmerz, kein Fieber, der Appetit erhalten; keinen Husten, ein paar feine Geräusche in den Bronchien, besonders rechts. Das Aussehen des Kindes erweckt sogleich den Verdacht auf Keuchhusten. Die Nieskrämpfe halten weiter an, wiederholen sich fünf-, sechs-, siebenmal am Tag, seltener des Nachts. Am achten Tag, ganz plötzlich nach einem solchen Anfall, bekommt das Kind eine Keuchhustenattacke. Und seitdem und so während 5 Wochen wurde das Kind vor und nach jedem Keuchhustenanfalle von einem Nieskrampfanfall befallen. Antisepsis in Nase und Rachen brachte keine Erleichterung. Das zur Zeit der Mitteilung nahezu geheilte Kind zeigte noch dann und wann während des Tages einen pertussisartigen Husten, dem eine Reihe von Niesanfällen vorausgingen und folgten. H. Netter (Pforzheim).

H. Keiffer, De la sensibilité du foetus aux émotions maternelles. (Annales et Bull. de la Soc. Royale des Sciences méd. et natur. de Bruxelles. 71. 1913 Nr. 6.) Verf. untersuchte die nervöse Leitfähigkeit der Nabelschnur auf folgende Weise:

Er brachte eine frische, blutgefüllte Nabelschnur zwischen zwei Ligaturen in ein Gefäß mit Ringer-Lockesscher Flüssigkeit. Dann führte er zwei Elektroden in die Whartonsche Gelatine oder in das Lumen der Arterien ein. Verf. fand nun eine außerordentliche Leitfähigkeit bei kontinuierlichem Strom, bei faradischem Strom und bei Entladung Mortonscher Ströme. Und zwar ist diese Leitfähigkeit 100mal größer als die des Fingers und der menschlichen Haut. Die Ursache ist die Durchtränkung der Nabelschnur im Experiment mit Ringer-Lösung, in vitro mit Amnionwasser und den darin enthaltenen Elektrolyten. Verf. fand ferner eine auffallend leichte Ionisation der Nabelschnur.

Auf diese Weise sind positive oder negative Einflüsse und gemütliche Hemmungen von seiten der Mutter auf den Fötus zu erklären.

K. Boas (Straßburg i. E.).

C. G. A. Chislett, Syphilis und angeborener geistiger Defekt. (Journ. of mental science. Bd. 57. July 1911.) Verf. untersuchte 22 Fälle von angeborener geistiger Schwäche auf Wassermannsche Reaktion. Von 14 Imbezillen und Idioten reagierten 8 positiv, 6 negativ. In 2 Fällen von juveniler Paralyse reagierten sowohl das Blut wie die Zerebrospinalflüssigkeit positiv. Von drei epileptischen Idioten reagierten einer positiv, die übrigen negativ. Drei gelähmte Idioten reagierten sämtlich negativ. Verf. untersuchte die Familie eines Paralytikers auf Wassermannsche Reaktion mit folgendem Ergebnis. Vater, der früher Lues akquiriert hatte, reagiert positiv. Die Mutter hatte an sich keine Primär- oder Sekundärerscheinungen bemerkt, hatte jedoch 8 Jahre nach der Ehe ein tertiärluetisches Geschwür. Aus der Ehe gingen insgesamt zehn Kinder hervor: 2 Frühgeburten, 2 in früher Kindheit verstorbene und 6 lebende Kinder. Letztere wurden auf Wassermann untersucht:

1. 16jähriger Knabe, nervös und dumm in der Schule. Wassermann positiv. Keine manifesten Zeichen von Syphilis.
2. 12jähriges Mädchen, auf einem Ohre taub, sonst normal. Wassermann ebenfalls positiv.
3. 10jähriges Mädchen. Wassermann negativ.
4. 8jähriger Knabe mit Rhinitis und Conjunctivitis. Wassermann positiv.

5. u. 6. 6 bzw. 4jähriges Kind, beide Wassermann negativ. Es können also Kinder, die an angeborener Geistesschwäche ohne manifeste Symptome von Syphilis leiden, positiv reagieren.

K. Boas (Straßburg i. E.).

Francis Harbitz (Norwegen), Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose im Kindesalter. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut des Reichshospitals.) (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1913 Nr. 1.) Von 1898 bis 1911 wurden 484 Kinder im Alter von 0—15 Jahren obduziert. Ohne tuberkulöse Infektion waren 286, d. h. 59%, mit tuberkulöser Infektion 198, d. h. 41%. Von diesen letzteren starben 119, d. h. 60% an Tuberkulose (= 24,4% von allen Obduzierten). Spuren von latenter Tuberkulose waren bei 52, d. h. 26,3% aller Tuberkulösen (= 10,7% von allen Obduzierten), latente Tuberkulose bei 27, d. h. 13,7% der Tuberkulösen (= 5,6% der Obduzierten) vorhanden. Im ersten Lebensjahr waren 40 Tuberkulöse unter 201 Obduzierten, d. h. 20% (im ersten halben Lebensjahr 15 Infizierte unter 137 Obduzierten, d. h. 11%, im zweiten halben Lebensjahr 25 unter 64, d. h. 39%). Im zweiten und dritten Lebensjahr waren 27,5% (25 unter 91), im vierten und fünften Lebensjahr 44% (15 unter 34), vom sechsten bis fünfzehnten Lebensjahr 75% (118 unter 158), im vierzehnten und fünfzehnten Lebensjahr allein 83% (44 unter 53) tuberkulös. Diese Statistik entspricht den Erfahrungen mit den Tuberkulininjektionen; doch sind die Zahlen, da es sich um ein Krankenhausmaterial handelte, ziemlich groß, nament-

lich sind die Zahlen der Todesfälle an Tuberkulose größer als sonst in der Bevölkerung. Der Verf. beschrieb darauf die Formen und Lokalisationen der Tuberkulose im Säuglingsalter und teilte eine Reihe charakteristischer Krankengeschichten nebst dem Obduktionsbefunde mit. Zum Schluß wurde ein Fall von angeborener tuberkulöser Infektion, die mit dem Tode des Kindes an Lungentuberkulose 25 Tage nach der Geburt endigte, mitgeteilt (die Mutter starb gleichzeitig und hatte Tuberkulose des Endometriums an der Plazentarstelle). Der Verf. gab endlich eine kritische Übersicht der Frage „Angeborene Tuberkulose". Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

D. Panýrek (Prag), Morbidität infolge der Infektionskrankheiten im Vorschulalter der Kinder. (Časopis českých lékařuv. 1913 Nr. 11 (böhmisch). Statistische Mitteilung über das Vorkommen der infektiösen Krankheiten im Vorschulalter einiger 1. Klassen der Prager Schulen. Von der — allerdings nicht vollständigen — Statistik ist zu entnehmen: Von den Schülern der 1. Kl. waren schon früher 56% krank, 44 nicht krank. Von den Krankheiten waren es meistens Masern (39,2%) und Scharlach (14,4%), an welchen die Kinder gelitten haben; außerdem kommt Varizella (11,2%), Drüsenschwellung (5,6%) und Keuchhusten (7,2%) vor. Eine Krankheit haben durchgemacht 77,6%, zwei Krankheiten 15,2%, drei 5,6% und vier 1,6%. In höheren Klassen ist die Zahl der gewonnenen Krankheiten (also durch Ansteckung) beträchtlich kleiner, infolge der früher erworbenen Immunität.

Jar. Stuchlík (München).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.

Abteilung für Kinderheilkunde.

(Nach Deutsche med. Wochenschrift. — Schluß.)

Kassowitz jun. (Wien): **Verhalten des Diphtherieschutzkörpers bei Mutter und Neugeborenem.** Der Schutzkörpergehalt des Neugeborenen gegen Diphtherietoxin ist in vollkommener Abhängigkeit von dem Gehalt des mütterlichen Blutes an diesem Stoff. Dieser findet sich in 84% aller Mütter und Neugeborenen. Die Seltenheit von Diphtherieerkrankungen des Neugeborenen ist mit dieser von der Mutter bezogenen Serumimmunität in Zusammenhang zu bringen. Etwa 50% der serumimmunen Wöchnerinnen und normalen Frauen reagiéren auf Diphtherietoxin positiv. Die intrakutane Prüfung mit Diphtherietoxin gestattet daher bei denselben im Gegensatz zu Kindern und erwachsenen Männern keinen Rückschluß auf den Schutzkörpergehalt des Serums. Ungefähr die Hälfte aller Frauen hat die Eigenschaft, für das überneutralisierte Toxin-Antitoxingemisch empfindlich zu sein. Einige Frauen reagieren auch auf das durch Kochen „inaktivierte" Toxin positiv, doch geht diese Erscheinung nicht absolut parallel mit der Empfindlichkeit auf neutralisiertes Toxin.

v. Groer (Wien): **Natur des Diphtherieschutzkörpers des Neugeborenen.** Im Serum des Neugeborenen findet sich in etwa 84% aller Fälle ein Körper, der das Diphtherietoxin zu neutralisieren vermag. Dieser Schutzkörper, der von der Mutter auf das Kind übertragen wird, ist mit dem echten, d. h. durch aktive Immuni-

sierung gewonnenen Diphtherietoxin identisch. Bei der aktiven Immunisierung handelt es sich nicht um die Neubildung einer neuen Substanz, sondern um quantitative Steigerung einer präformierten Serumeigenschaft.

K. Josef Friedjung (Wien): **Habitus tuberculosus.** Um zu zeigen, was er unter Habitus tuberculosus in seiner früheren Publikation (Wiener klinische Wochenschr. 1910. Nr. 25) und auch jetzt noch versteht, demonstriert Friedjung: 1. Kinder mit manifester Tuberkulose und Habitus tuberculosus; 2. Kinder mit „ausgeheilter" (jetzt nicht mehr nachweisbarer) Tuberkulose und Habitus tuberculosus; 3. Kinder ohne beweisenden klinischen Befund mit positiver Pirquetscher Reaktion und Habitus tuberculosus. Friedjung ist nicht der Anschauung Pollaks, daß es sich bei diesem Habitus tuberculosus um eine Folge der tuberkulösen Infekte handelt.

Diskussion. Pollak (Wien): Der Habitus tuberculosus entsteht erst auf dem Boden der Infektion; er ist übrigens nicht streng spezifisch, denn er kommt, wenn auch seltener, bei anderen chronischen Störungen zur Beobachtung.

Camerer (Stuttgart): **Diphtheriebazillen im Säuglingsalter.** Die Zahl der Bazillenträger im Säuglingsalter ist groß; die Bazillen finden sich zumeist in der Nase, im Rachen, gelegentlich im Ohr, selten in den Augen. Bazillenträger können bei sich selbst und ihrer Umgebung spezifische Erkrankungen hervorrufen. Isolierung der Bazillenträger ist erstrebenswert, aber schwer durchführbar. In Kinderanstalten sollen die Insassen regelmäßig auf Diphtheriebazillen untersucht werden; die Bazillenträger sind zu isolieren.

Diskussion. Schlossmann (Düsseldorf) hält die Furcht vor Bazillenträgern für übertrieben und ihre Isolierung in der Anstalt, falls bei ihnen gar keine klinischen Symptome vorhanden sind, für unnötig. — Epstein (Prag) hält bei Säuglingen den Bazillennachweis für wichtig. Schnupfen mit Diphtheriebazillen sei als Diphtherie zu behandeln. — Buttermilch (Charlottenburg): Unter den Kindern des Säuglingskrankenhauses Weißensee wurden 16% Bazillenträger nachgewiesen. Solange die Unterschiede zwischen Diphtheriebazillen und Pseudodiphtheriebazillen nicht absolut festgestellt sind, kann die Frage der Bedeutung der Bazillenträger nicht entschieden werden.

Swoboda (Wien): **Impfschädigungen.** Swoboda berichtet über Impfschädigungen, die im Anschluß an die Impfung auftreten, und macht darauf aufmerksam, daß im allgemeinen die Ärzte über Impftechnik zu wenig unterrichtet sind und nicht genug unterscheiden, bei welchen Kindern die Impfung eventuell eine Gefahr bedeuten könnte. Durch diese Vernachlässigung werde die allgemeine Impfung, deren hochwichtige Bedeutung für die Gesundheitspflege vom Vortragenden immer wieder betont wird, in den Augen der Bevölkerung diskreditiert. Um sogenannte Impfschädigungen zu vermeiden, empfiehlt der Vortragende, die Impfung nicht zu frühzeitig vorzunehmen.

Diskussion. Siegert (Köln) hebt hervor, daß in Deutschland die Ausbildung in der Impftechnik Vorbedingung für die Zulassung zum Staatsexamen ist, und daß ein Beweis für den Zusammenhang zwischen Impfung und sogenannten Impfschäden von keiner Seite erbracht ist. — Abelmann (Petersburg) hält es für falsch, die Impfung erst im zweiten oder dritten Lebensjahre vorzunehmen. In Petersburg hätte man leider noch Gelegenheit genug, Pocken bei Säuglingen zu beobachten. — Feer (Zürich) weist darauf hin, daß keineswegs in allen Lehrbüchern die Impftechnik und die bei der Impfung zu berücksichtigenden Gesichtspunkte vernachlässigt würden.

Johanna Schwenke (Breslau): **Wiederholung lokaler Tuberkulinreaktionen.** Es wurde der Versuch gemacht, die lokale Überempfindlichkeit durch Einbringung kleiner Tuberkulinmengen in die Haut zu steigern. Dies gelingt nur in einem Teil der Fälle, und zwar im wesentlichen gerade bei klinisch gesunden Kindern. Klinisch aktive Tuberkulose ergibt keine Steigerung der Reaktionsfähigkeit. Für die praktische Tuberkulindiagnostik ergibt sich also die Tatsache, daß im Kindesalter starke lokale Tuberkulinüberempfindlichkeit meist einen aktiven Prozeß bedeutet, und daß sehr starke Reaktionsfähigkeit für einen klinisch günstigen Fall spricht. Schwache lokale Reaktionen weisen entweder auf einen progredienten oder anderseits auf einen abgeklungenen Prozeß hin. Zwischen der Intensität der lokalen und der allgemeinen Tuberkulinüberempfindlichkeit besteht kein Parallelismus.

Ritter (Berlin): **Frauenmilchernährung.** Mißerfolge der Frauenmilchernährung sind in der Regel auf unzweckmäßige Ernährung und Pflege oder auf abnorme

Konstitution des Kindes zurückzuführen. Es gibt aber auch Fälle, in denen die sonst bestehende Toleranz der Brustkinder gegenüber den Schwankungen im Fettgehalt der Frauenmilch versagt. In einem solchen Falle fand Ritter in der Frauenmilch bis zu 17,7% (im Durchschnitt 10%) Fett. Eine Reihe von Fällen, in denen die Schädigungen durch fettreiche, die Reparation durch fettarme Milch nachgewiesen wurde, und ein Fall, in dem umgekehrt fettarme Milch zur Störung, fettreiche zur Heilung führte, werden mitgeteilt.

Diskussion. Friedjung (Wien): Schwierigkeiten in der Ernährung mit Frauenmilch kommen besonders bei Säuglingen vor, in deren Aszendenz eine Neigung zu pathologischen Darmprozessen besteht.

Eichelberg (München-Gladbach): **Zur Prophylaxe der akuten Infektionskrankheiten im Kindesalter im Hinblick auf die gesetzgeberischen Handhaben.** In Deutschland, nicht in Österreich, besteht für Masern und Keuchhusten keine Anzeigepflicht. Das hält Vortragender für falsch und empfiehlt zur Prophylaxe nicht nur Anzeigepflicht, sondern auch andauernde Belehrung der Bevölkerung über Symptome und Gefahren aller Infektionskrankheiten.

Diskussion. Eisenschitz (Wien): Die Verhältnisse in Österreich sind durch das jetzt geltende Reichs-Sanitäts-Gesetz betreffend ansteckende Krankheiten vollkommen verändert.

Bernheim-Karrer (Zürich): **Ruhrartige Grippeendemie.** Im Verlauf einer Grippeendemie im Züricher Säuglingsheim, bei der 15 Kinder erkrankten, traten bei 7 blutig-eitrige, bei 1 schleimig-eitrige Durchfälle auf, die zunächst als parenteral bedingt angesehen wurden. Da bei dem zuletzt Erkrankten sich Flexnerartige Stäbchen fanden, und das Serum dieses Kindes bei 1 : 100 den Stamm agglutinierte, so wird eine Sekundärinfektion für wahrscheinlicher gehalten.

Diskussion. Blühdorn (Göttingen) beobachtete eine Grippeepidemie, in deren Verlauf ruhrartige Stühle auftraten. In 2 Fällen waren Ruhrbazillen vom Typus Flexner nachweisbar. — Jehle (Wien) beobachtete an der Wiener Kinderklinik zwei Endemien von Flexner-Dysenterie. In der einen betrug die Mortalität 2—3%, in der anderen 100%. Die Kontagiosität war sehr groß. — Buttermilch (Weißensee) berichtet über eine Häufung ruhrartiger Erkrankungen (mit Nachweis von Flexnerbazillen), die in das Weißenseer Säuglingskrankenhaus aufgenommen wurden. — Finkelstein (Berlin) weist auf die Bedeutung enteraler Infektionen für das Säuglingsalter hin.

Schleissner (Prag): **Zur Ätiologie des Scharlachs.** 24stündige Bouillonkulturen von Scharlachstreptokokken wurden in Mund und Nase von Affen eingeblasen. Bei 12 von 27 Versuchen gelang die Infektion, die sich in Fieber, Angina, Exanthem und Himbeerzunge äußerte und nach 10—12 Tagen zu großlamellöser Schuppung führte. Sämtliche Tiere blieben am Leben. Die Erkrankung war durch Einpinseln von Rachensekret von erkrankten Tieren auf gesunde übertragbar. Beim Versuch, dieselben Tiere nochmals zu infizieren, erwiesen sich diese als immun.

Diskussion. Knöpfelmacher (Wien) bezweifelt, daß es sich bei den Affen um wirklichen Scharlach gehandelt hat, vielleicht um eine Sepsis mit Erythem. — Schabad (St. Petersburg): Für die ätiologische Bedeutung der Streptokokken sprechen Fälle, in denen in derselben Familie neben- oder kurz nacheinander Streptokokkenkrankheiten wie Angina, rheumatoide Zustände usw. und Scharlach vorkommen.

Erich Klose (Breslau): **Zur Kenntnis der Körperzusammensetzung bei Ernährungsstörungen.** Analysen von Knochen, Muskulatur, Haut und inneren Organen eines normalen Neugeborenen und eines 4 Wochen alten Kindes mit ausgedehnten Ödemen infolge schwerer Ernährungsstörung (Mehlnährschaden). Es wurden bedeutende Veränderungen sowohl in der grobchemischen Zusammensetzung als auch im Mineralbestande gefunden. Als Hauptwasserdepot des Organismus ist die Haut anzusehen, aber auch Muskulatur und Knochen können bedeutende Wassermengen speichern. Die pathologische Wasserbindung im ernährungsgestörten Organismus scheint ein sehr komplizierter Vorgang zu sein. Jedenfalls konnten bei dem Ödem kaum einfache Beziehungen zwischen Wassergehalt und Na- und Cl-Anreicherung festgestellt werden. Der Wasserbindung des ernährungsgestörten Organismus ist daher nicht die Wasserbindung bei nephritischen Ödemen gleichzustellen.

Spitzy (Wien): **Chirurgische und orthopädische Eingriffe im Säuglingsalter.** In der Regel werden operative Eingriffe bei Säuglingen vermieden oder nur bei

drohender Lebensschädigung für angezeigt gehalten. Demgegenüber behauptete der Vortragende, daß sich die Gefahren vermeiden lassen und möglichst früher Eingriff in vielen Fällen dringend notwendig ist. Die Gefahren lassen sich durch Änderung der Operationstechnik (kurzzeitige Operation, eventuell in mehreren Sitzungen, möglichste Reduktion der Narkose, Aufmerksamkeit auf die Verdauungstätigkeit) außerordentlich einschränken; durch Zuwarten wird in manchen Fällen sehr viel versäumt. An der Hand von Lichtbildern erörtert er die Operationstechnik und Operationsresultate der bei Säuglingen häufigsten Operationen.

Diskussion. Keller (Berlin) weist auf die schlechten Heilungsresultate bei Klumpfußbehandlung hin. — Aschenheim (Dresden) und Stettiner (Berlin) bestätigen die guten Resultate, welche durch das Zusammenarbeiten des Chirurgen und des Pädiaters auf der Säuglingsstation erreicht werden. — Epstein (Prag) erkennt die frühzeitige Operation nur für den Fall vitaler Indikation an. Im übrigen will er Operationen über das 1. Lebensjahr mit seiner hohen Mortalität herausgeschoben wissen. — Pollak (Wien) und Fischl (Prag) sprechen sich gegen die Operation von Leistenhernien im Säuglingsalter, namentlich im 1. Lebensjahr, aus.

Hochsinger: a) **Turmschädel.** — b) **Mikroskopische Präparate von Säuglingsmyxödem.** a) Hochsinger demonstriert ein 5 Wochen altes Kind mit Turmschädel infolge angeborener, kompletter Verknöcherung der Kranznaht und hochgradigem Exophthalmus. Gleichzeitig bestand eine symmetrische Bildungshemmung an beiden Scheitelbeinen. Schon in der 4. Lebenswoche ließ sich eine beginnende Sehnervenentzündung feststellen. — b) Bei einem im 13. Lebensmonat verstorbenen Säugling, welcher Wachstums- und Ossifikationsverhältnisse eines kaum 2monatigen zeigte, fand sich eine Schilddrüse von pathologischer Härte mit hochgradigen Veränderungen (Bindegewebswucherung, Fehlen von Kolloidabsonderung). Die Schilddrüsenerkrankung reicht in die erste Lebenszeit, vielleicht ins fötale Leben zurück.

J. v. Bókay (Budapest): **Lokale Behandlung der während der Intubation im Kehlkopf entstehenden Dekubitalgeschwüre.**

Diskussion. Knöpfelmacher (Wien) rät, die Intubation nicht zu lange auszudehnen und zur Vermeidung eines Decubitus möglichst bald zur sekundären Tracheotomie zu greifen.

Egon Rach (Wien): **Über die röntgenologische Diagnose endothorakaler Senkungsprozesse im Kindesalter.** In 13 Fällen tuberkulöser Wirbelentzündung der unteren Hals- oder der Brustwirbelsäule wurden röntgenologisch endothorakale Senkungsabszesse nachgewiesen, median längs der Wirbelsäule verlaufende Schatten, die nach beiden Seiten diese überragten und sich lateral in Form flach nach außen gekrümmter Bogenlinien begrenzten. Die Schatten zeigen an einer Stelle ihres Verlaufes eine Anschwellung, entweder im Niveau des oberen Mittelschattens oder im Bereich des Herzschattens.

Gertrud Bien (Wien): **Enzephalitis und Mumps.** Bei einem 8jährigen Kinde, welches 8 Tage vor Spitalseintritt an Parotitis epidemica erkrankt war, und das unter schweren Krämpfen zugrunde ging, ergab die Sektion folgenden Befund: makroskopisch geringe Trübung und Hyperämie der Meningen; genaue mikroskopische Untersuchung ergibt als wichtigsten Befund inselförmigen, scharf abgesetzten Markscheidendefekt in den Markstrahlen der Rinde, dem um so mehr Bedeutung beigelegt werden muß, da ähnliche Befunde von anderen Autoren in neuerer Zeit bei akuten Prozessen gesehen und beschrieben wurden. Es handelt sich also um einen autoptisch nachgewiesenen Fall von Leptomeningitis-Enzephalitis im Anschluß an Parotitis epidemica.

Buttermilch und Stettiner (Berlin): **Zur Empyembehandlung im Säuglings- und frühen Kindesalter.** Neuerdings ist in der Literatur mehrfach der Standpunkt vertreten worden, daß die Behandlung des Empyems mit Rippenresektion im Säuglings- und frühen Kindesalter keinen Erfolg verspricht und daß als lokale Behandlung nur die Punktion in Betracht kommt. Demgegenüber vertreten die Vortragenden die Ansicht, daß ein Teil der Empyeme nur durch die Rippenresektion zu retten ist. Die schlechte Prognose der Säuglingsempyeme werde nicht durch die Rippenresektion bedingt, sondern sei die Folge der hohen Mortalität der verschiedenen Arten der Säuglingspneumonie. Nach den Erfahrungen im Weißenseer Säuglingskrankenhaus kommt die Punktion als alleiniger Eingriff nur bei untergewichtigen und atrophischen Säuglingen in Betracht, die

versuchsweise Punktion bei doppelseitigen Empyemen, bei metastatischer Eiterung und Polyserositis; ferner erscheint sie indiziert bei dünnflüssigem Eiter, bei geringgradiger Dyspnoe und sonst gutem Allgemeinbefinden. Zeigt die Virulenzbestimmung der Bakterien, für die einmal die Reaktion der Punktionsstelle, dann der Tierversuch einen Anhalt gibt, einen hohen Grad und kommt dazu Verschlechterung oder zu geringe Besserung des Allgemeinbefindens und Zeichen einer Wiederansammlung des Exsudates, so ist sekundär die Rippenresektion vorzunehmen. Bei kräftigen Kindern und zähem Eiter ist die primäre Rippenresektion indiziert.

In der Diskussion treten Rietschel (Dresden) und Tobler (Breslau) energisch für die Punktionsbehandlung ein und warnen vor Thorakotomie, insbesondere, solange ein pneumonischer Herd vorhanden ist.

Siegert (Köln): **Zur Pathologie des angeborenen und erworbenen Myxödems im Kindesalter.** Auf Grund der vorliegenden histologischen und klinischen Untersuchung läßt sich eine Trennung zwischen Thyreoaplasie (Pineles) bzw. dystrophischer Hypoplasie (Thomas) und erworbenem infantilen Myxödem durch Schwund der entwickelten Drüse nicht aufrecht erhalten. Die Hypothese einer hypothyreotischen Konstitution (Hertoghe, Spolverini, Wieland) ist unbewiesen. Das Myxödem des Kindes kommt zu jeder Zeit des Kindesalters vor, am häufigsten im 1. Lebensjahr, häufig in den ersten 5 Jahren, am seltensten nach dem 6. Lebensjahr. Es ist die Folge des seltenen Fehlens der ersten Schilddrüsenanlage, häufiger der intra- wie extrauterin verkümmernden, weil unvollständig deszendierenden Schilddrüsenanlage oder der Atrophie der entwickelten Schilddrüse. Restlose Involution der ersten Anlage kann in der Folgezeit wie nachher zum Abschluß kommen, auch unvollständiges Myxödem bedingen. Angeborene Symptome der Athyreosis gibt es nicht. Bei fehlender hochgradiger Lähmung der autonomen Nerven, nachgewiesen mittels schwächster, beim normalen Kind unwirksamer Homatropinlösung, ist die Diagnose „Myxödem“ hinfällig. Die Entwicklung des Skeletts und der intellektuellen Fähigkeiten vor eintretendem Myxödem bezeichnen den Beginn der Erkrankung und sind entscheidend für die Frage, ob angeborenes oder erworbenes Myxödem vorliegt.

Diskussion. Abels (Wien) beobachtete einen Fall von Myxödem, der bei der Geburt bereits ein prägnantes Bild bot und in dem sich der Zusammenhang mit der Hypothyreose der Mutter direkt nachweisen ließ.

Heinrich Höck (Wien): **Milchzahngebiß.** Die Erhaltung des Milchzahngebisses ist zur Vermeidung enger Zahnstellung und von Kieferdeformitäten unbedingt notwendig. Den ersten bleibenden Mahlzahn soll man möglichst lange erhalten, weil er in der Zwischenzeit des Zahnwechsels die Aufgabe des Kauaktes zu übernehmen und eine gute Einstellung des Unterkiefers zum Oberkiefer zu sichern hat.

Knöpfelmacher und Mautner (Wien): **Verlangsamte Resorption der Zerebrospinalflüssigkeit bei Hydrozephalus.** Mit Rücksicht auf die Entstehungsursache des Hydrozephalus wurde die Zeitdauer bestimmt, innerhalb welcher Pferdeserum aus der Zerebrospinalflüssigkeit resorbiert wird. Das Pferdeserum wurde intralumbal oder direkt in die Ventrikel eingebracht. Beim akuten Hydrozephalus, welcher die Meningitis tuberculosa regelmäßig begleitet, verschwindet das Pferdeserum meist rasch; beim chronischen erst nach 8 oder 10 Tagen. Für die längere Verweildauer ist nicht allein der verlangsamte Abfluß der Zerebrospinalflüssigkeit verantwortlich zu machen, sondern auch eine verminderte Fähigkeit der Zellen zur Ausscheidung körperfremder Substanz.

Zappert (Wien): **Epileptischer pseudobulbärer Symptomenkomplex.** Das Wesentliche des Krankheitsbildes ist das Auftreten von epileptischen Anfällen, die sich schließlich sehr häufen. Mit dem Höhepunkt der Anfälle bildet sich ein schweres, scheinbar progressives, pseudobulbäres Krankheitsbild aus, dessen Symptome sich aber überraschenderweise bis zur Heilung zurückbilden. Die Intelligenz der Kinder ist während der ganzen Krankheitsdauer nicht gestört. Hingegen bestehen schwere Insuffizienzerscheinungen von seiten des Verdauungsapparates. Die Deutung dieser Zustände bleibt offen, und es bleibt abzuwarten, ob sich später wieder epileptische Anfälle einstellen werden.

Erwin Lazar (Wien): **Schilderung der Heilpädagogischen Abteilung,** welche der Wiener Universitäts-Kinderklinik angegliedert ist; Redner teilt eine Reihe interessanter Beobachtungen und Erfahrungen mit, die an den dieser Abteilung überwiesenen Kindern gemacht wurden.

Raudnitz (Prag): **Psychologische Experimente an Kindern.** Für die Heilpädagogik ist die rechtzeitige Erkennung angeborener und sittlicher Minderwertigkeit von großer Bedeutung. Für diese Diagnose müssen objektive Untersuchungsmethoden gesucht werden, die möglichst auf neutralem Gebiet liegen sollen. Raudnitz hat für diesen Zweck eine akustische und eine optische Methode angewandt, um zu sehen, wie die abnormen Kinder auf bestimmte Reize reagieren, und ob sie anders reagieren wie normale. Die Versuche, die sich zum kurzen Referat nicht eignen, sind noch nicht abgeschlossen.

Theodor Heller (Wien): **Über affektive Psychoneurosen des Kindesalters.** Der Vortragende (Direktor der Heilerziehungsanstalt Wien-Grinzing) weist auf die Bedeutung der Gemütsbewegungen im Seelenleben des Kindes hin. Diese zeichnen unter normalen Verhältnissen vielfach der Willens- und Charakterentwicklung den Weg vor. Störend greifen in die seelische Entwicklung Affekte mit dem Charakter der Unlust ein. Solche entstehen nicht selten als pathologische Erscheinungen unter dem Bilde arger Verstimmung und sind dann in ihrem Ablauf gegen die Umgebung gerichtet, so daß sich ein unsoziales, sittlich bedenkliches Verhalten ergibt. Unter diesen destruktiven Affekten ist eine impulsive Angst in erster Linie zu nennen. Psychische Traumen lösen oft eine Dauerwirkung aus, indem sie dem Verhalten des Kindes geänderte, unerwünschte Richtung geben. Die Therapie besteht zunächst in einer radikalen Änderung des Milieus, dann in der Methode der Ablenkung, welche ein Vergessen des krankmachenden Komplexes befördert. Der Vortragende lehnt jede Methode ab, welche diesen Prozeß der Selbstbefreiung stört oder verhindert. Bei psychopathischen Kindern versagen Strafen, die bei normalen Kindern bessernd wirken. Die affektiv bedingten Psychoneurosen können bei nicht entsprechender Behandlung zu dauernder sittlicher Defektuosität ausarten.

Huemer (Eggenburg): **Die Beziehungen zwischen Heilpädagogik und Fürsorgeerziehung.** Die Einführung und Regelung der heilpädagogischen Behandlung der Fürsorgezöglinge ist eine der wichtigsten Reformen, die in Erziehungsanstalten durchgeführt werden sollen. Für diesen Zweck wäre notwendig: Errichtung eigener heilpädagogischer Fürsorgeanstalten und der notwendigen Beobachtungsanstalten, die Schaffung von Hilfskassen für schwachbefähigte Zöglinge an allen Erziehungs- und Besserungsanstalten (die Zahl der Schüler dieser Klassen ist eng zu beschränken); die Lehramtszöglinge und die Medizinstudierenden sollen durch Besichtigung von Erziehungs- und Besserungsanstalten und Vorträge den Zweck und die Einrichtungen dieser Anstalten kennen lernen. Zur Heranbildung von Lehrkräften für die Jugendfürsorge sind eigene Kurse zu schaffen. Ebenso notwendig wie die Bestellung eigener Schulärzte ist die Bestellung von Jugendpsychiatern, welche sämtliche Zöglinge in den Erziehungs- und Besserungsanstalten regelmäßig untersuchen.

Kesselsdorfer (Jugendrichter in Wien): **Ärztliche Jugendgerichtshilfe.** Für die Beurteilung der Gesetzesübertretungen Jugendlicher, sowie für die Behandlung der aus anderen Gründen der Fürsorge überwiesenen Zöglinge ist die ärztliche Mithilfe unumgänglich notwendig. Die Jugendgerichte in Deutschland haben sich diese Hilfe schon bald nach ihrer Begründung gesichert. In Österreich sind bisher nur Ansätze dazu vorhanden. Ebenso wichtig wie für die strafrechtliche Behandlung Jugendlicher ist die Einholung eines ärztlichen Rates bei Jugendlichen, welche der persönlichen Fürsorge des Pflegschaftsrichters unterliegen, und bei Überweisung in Fürsorgeerziehung. Insbesondere ist dauernd ärztliche Überwachung der in der Anstaltserziehung befindlichen Fürsorgezöglinge notwendig.

Schinner (Direktor der Städtischen Hilfsschule in Wien): **Über Eigentümlichkeiten bei Hilfsschülern.** Die Schwachsinnigen, welche im Gegensatz zu deutschen Hilfsschulen ausschließlich das Material der Wiener Hilfsschule bilden, lassen sich in zwei Gruppen einteilen: 1. aufgeregte, erethische Kinder (etwa 60%), 2. stille, ruhige, apathische Kinder (etwa 40%). Unter dem Wiener Material finden sich 10% Schwerhörige, 5% Schwachsichtige, 10% Kinder mit Lähmungserscheinungen; auffallend häufig (70%) sind Sprachgebrechen. Für ein vollständiges Hilfsschulsystem sind notwendig: Hilfsschulkindergarten, Vorschule und eigentliche Hilfsschule mit 5—6 Klassen. Zum Schluß berichtet der Vortragende über die besonderen Hemmungen und Schwierigkeiten in den Hauptdisziplinen (Rechnen, Lesen und Schreiben), die in der Hilfsschule zur Beobachtung kommen und uns Einblicke in die geistige Entwicklung der schwachsinnigen Kinder gewähren.

Diskussion. Genersich (Klausenburg): Für die Erziehung verwahrloster Kinder hat sich in Ungarn besonders die Unterbringung in ackerbautreibenden Familien bewährt. — Altschul (Prag) berichtet über einen 11jährigen Knaben, dessen störrischen Widerstand gegenüber Eltern und Erziehern er durch persönlichen Einfluß überwand, ohne Entfernung aus dem Milieu oder heilpädagogische Behandlung. Bei dem Erfolge an abnormen Kindern spiele die Suggestibilität eine große Rolle. — Deutsch (Budapest) hält eine möglichst sorgfältige Differenzierung der abnormen Kinder nach ärztlichen und pädagogischen Gesichtspunkten für notwendig. — Kluge (Potsdam) beruft sich auf die Erfahrungen der Potsdamer Provinzialanstalten für Epileptische und Idioten. Schwer psychopathische Zöglinge seien am besten in Krankenanstalten unterzubringen, sonst bewähre sich auch die ärztlich beaufsichtigte Familienpflege. — Keller (Berlin): Die Erfolge in der Behandlung schwer erziehbarer Kinder sind in der Regel nicht auf die Suggestibilität der Kinder, sondern vielmehr auf die erzieherische Geschicklichkeit des Heilpädagogen, Jugendrichters, Hilfsschullehrers usw. zurückzuführen. — Selter (Solingen): Der Erziehungserfolg bei Mongoloiden ist außerordentlich verschieden. Ein Teil macht die Hilfsschule durch, ein anderer Teil ist bildungsunfähig.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Georg Schöne: **Komplizierte Schädelfraktur mit Gehirnverletzung und eitriger Enzephalitis, geheilt durch Trepanation.** Der vorgestellte 13jährige Knabe war 52 Stunden vor der Aufnahme durch einen Schlag mit einer schweren Kartoffelhacke verletzt worden. Er verlor das Bewußtsein nicht, ging ohne Unterstützung eine halbe Stunde weit in die elterliche Wohnung und klagte zunächst wenig. Unmittelbar nach der Verletzung mangelhafte Beweglichkeit der rechten Hand. 2 Stunden später Erbrechen, etwa 5 Stunden nach dem Trauma krampfartige Zuckungen in beiden Armen. Häusliche Behandlung mit Umschlägen, am zweiten Tage wiederum Erbrechen. Befund bei der Aufnahme: Kräftiger Knabe, leicht benommen; Temperatur 38,6; Puls um 90, etwas gespannt, hier und da ungleich. Gesicht auffallend gerötet und zyanotisch. Hochgradiger kongenitaler, horizontaler Nystagmus. Über dem linken Scheitelbein, etwa drei Querfinger hinter der Verbindungslinie der beiden Ohrmuscheln und drei Querfinger von der Schädelmitte entfernt, eine schräg von hinten innen nach vorn außen verlaufende, 3 cm lange, wenig klaffende Wunde mit gequetschten, schmierig belegten Rändern, aus der sich etwas klare Flüssigkeit entleert (Liquor cerebrospinalis?). Die Umgebung der Wunde etwa im Umfange eines Handtellers stark geschwollen und druckempfindlich. Haare nicht rasiert, auch in der Umgebung der Wunde mit Schmutz und Blut verklebt. Die rechte Hand liegt schlaff da mit leicht gekrümmten Fingern, Bewegungen der Hand stark eingeschränkt, Finger gelähmt. Bewegungen des Vorderarms mit geringer Muskelkraft und ataktisch. Berührungsempfindung und Schmerzempfindung im untersten Abschnitt des Vorderarmes und im Bereich der ganzen Hand und der Finger herabgesetzt, am stärksten in der Vola manus und an den Fingern. Warm und kalt werden mit der rechten Hand nicht unterschieden. Vollkommene Astereognosie der rechten Hand. Sehnervenpapillen beiderseits etwas unscharf begrenzt. Keine Nackensteifigkeit. auch sonst keine Erscheinungen von Meningitis. Bei der sofort in Narkose vorgenommenen Operation (Schöne) fand sich eine zweimarkstückgroße Depressionsfraktur. Tabula interna erheblich weiter gesplittert als Tabula externa. Zwischen den Knochensplittern Schmutzteilchen. Aus einem etwa 2 cm langen Duraschlitz quillt reichlich eitrig erweichte Hirnmasse. (Kultur: massenhaft Bakterien verschiedener Arten.) Nach Erweiterung der Durawunde findet sich eine rundliche, in ihrem Durchmesser dem Duraschlitz etwa entsprechende Hirnwunde, die mindestens 4 cm tief ist und aus welcher sich auch weiterhin Hirnbrei entleert. Entfernung sämtlicher Knochensplitter und Abtragung aller beschmutzten Gewebsteile. Breite Spaltung der entzündeten weichen Schädeldecken, Einführung eines Vioformgazetampons in die Hirnwunde, Tamponade der ganzen Wunde. 20 A. E. Tetanusantitoxin subkutan. Verlauf: Während der ersten Tage langsame Entfieberung. Am 2., 3., 4. und 5. Tage im ganzen 14 Anfälle von meist etwa 5 Minuten anhaltenden tonisch-klonischen Zuckungen in der rechten Hand und im rechten Arm, hier und da auch in der rechten Gesichtshälfte, einmal auch angeblich im rechten Bein. Keine Bewußtseinsstörung. Mehrfach nach dem Anfall eine $^1/_4$ Stunde



anhaltende Lähmung der rechten Hand, einmal 10 Minuten lang Verlust der Sprache. Während dieser Tage leichter, pulsierender Hirnprolaps, der dann zurückgeht. Vom zweiten Tage ab täglicher Wechsel des Hirntampons, feuchte Verbände, Lagerung mit möglichst erhöhtem Kopf. Nach 8 Tagen sind die Lähmungserscheinungen im wesentlichen zurückgegangen. Nach 14 Tagen Wunde gereinigt, im pulsierenden Gehirn eine etwa kleinfingernagelgroße, reizlose Wunde von unbekannter Tiefe mit scharf geschnittenen Rändern, aus welcher sich bei Hustenstößen mehrere Kubikzentimeter eines dickflüssigen, etwas eitrigen Sekretes in großen Tropfen entleeren. Nach jedem Hustenstoß dringt die Luft schlürfend in die Hirnwunde ein. Während eines in sitzender Stellung vorgenommenen Verbandwechsels wird der Knabe plötzlich blaß und unbesinnlich, die Pupillen werden weit, der Puls sinkt schnell auf 60 Schläge in der Minute und nimmt den Charakter des typischen Druckpulses an. Während des Anfalles Abnahme der Hirnpulsation. Patient wird sofort zurückgelagert und hat sich nach einigen Minuten erholt. — Der weitere Verlauf war vollkommen glatt. Die Hirnwunde schloß sich schnell. Zurzeit, 2 Monate nach der Operation, ist die Wunde vollkommen geschlossen, bis auf eine winzige, auf einen Knochenrand führende Fistel. Die Narbe pulsiert lebhaft. Der Knabe ist beschwerdefrei, frisch und munter. Die Erscheinungen am rechten Arm sind vollkommen zurückgegangen. Temperatur und Puls sind normal. — Für die Zukunft kommen eine Duraplastik und die Deckung des Schädeldefekts in Frage. (Greifswalder Mediz. Verein, 6. Dez. 1912.)

Simmonds: **Über Myocarditis syphilitica neonatorum.** Im Gegensatz zu der häufigen Aortitis luica ist die Syphilis des Herzens selbst, sowohl die Gummibildung wie auch die interstitielle Myocarditis, ein seltenes Vorkommnis. Bei der letzteren ist es dabei oft schwer, nach Ablauf des Prozesses die Natur desselben noch festzustellen, da die angetroffenen fibrösen Herde auch das Resultat einer Erkrankung oder Verlegung der Kranzgefäße sein können. Wesentlich einfacher liegen die Verhältnisse im frühen Kindesalter, da nennenswerte Veränderungen an der Aorta kongenital syphilitischer Säuglinge so gut wie niemals zur Beobachtung gelangen. Trifft man bei diesen diffuse oder herdförmige Entzündungen des Myokards an, so kann man sie ohne weiteres als syphilitische ansprechen. Die einzige Krankheit, die gelegentlich ähnliche Bilder hervorrufen kann, ist die Diphtherie. Erleichtert wird die Diagnose durch den in der Regel leicht erbringenden Nachweis von Spirochäten in den erkrankten Herzabschnitten. Bei der makroskopischen Besichtigung des Myokards fällt sofort die fahlgelbe Färbung des Muskels auf, die je nach der Ausbreitung des Prozesses in diffuser oder fleckförmiger Anordnung anzutreffen ist. Innerhalb der Erkrankungsherde sind die Muskelfasern verschmälert, auseinandergedrängt durch mehr oder minder zahlreiches Bindegewebe. In zwei Fällen war nichts von Nekrosen zu finden, in einem dritten fanden sich kleinste zentral verfallene Gummen. Dieser Fall zeichnete sich durch die ausgesprochen perivaskuläre Anordnung der Infiltrate aus. In allen drei Fällen fanden sich in den nach Levaditis Methode behandelten Herzabschnitten massenhaft Spirochäten zwischen den Fasern. Das älteste der drei Säuglinge war 14 Tage alt geworden. Daß Kinder mit syphilitischer Myokarditis ausnahmsweise eine längere Lebensdauer erreichen können, beweist eine Mitteilung B. Fischers über einen 5jährigen Knaben. (Ärztl. Verein Hamburg, 17. Dez. 1912.)

Bonhoeffer stellt einen Knaben mit **Torsionsspasmus** vor, welcher seit 4 Monaten sich in der Charité befindet und dauernd die gleiche Bewegungsstörung und stereotype Haltung darbietet. Patient sitzt knieend in seinem Bette. Des Nachts sinkt er zusammen und schläft; die Bewegungsunruhe hört dann auf. Diese betrifft überwiegend den Rumpf, der eine Lordose zeigt. Weniger beteiligt sind die distalen Teile, mit Ausnahme der rechten Hand, welche athetoseartige Bewegungen macht. Bringt man den Knaben aus seiner Haltung heraus, so treten spastische Kontrakturzustände auf; Patient hat dann Schmerzen und klagt über starkes Spannungsgefühl. Er ist außerstande zu gehen; stellt man ihn auf, so tritt die lordotische Krümmung noch mehr hervor, die Beine bleiben gebeugt und die Füße werden kaum zum Boden gebracht. Intellektuell ist der Knabe gut entwickelt. Die Reflexe verhalten sich, soweit prüfbar, normal. — Die Krankheit hat sich seit 3 Jahren entwickelt. Ein kleines Trauma am Fuß ging voran. Es trat Zittern der rechten Hand auf und eine Störung im Gang, die allmählich zunahm. Zweimal traten Remissionen auf. Der Zustand betraf nicht immer die gleichen Muskelgruppen mit gleicher Intensität. — Ziehen hat solche Fälle zuerst

als Torsionsneurose beschrieben, nach ihm Oppenheim. Stets betraf die Krankheit jugendliche Individuen aus polnisch-jüdischer Familie. Vortr. schließt das Vorliegen einer Hysterie aus, da hiergegen die Monotonie des Krankheitsbildes und das Fehlen psychisch-hysterischer Symptome spricht; dafür, daß es sich um ein organisches Leiden handelt, welches der Gruppe der chronischen choreatisch-athetotischen Störungen nahesteht, spricht auch die Kombination der Störungen mit Hypotonie der Fingergelenke.

Hebold stellt einen 13jährigen Knaben mit einem **Naevus** vor, welcher die ganze linke Kopfhälfte einnimmt. Der Naevus geht nur etwas auf die rechte Seite über, er hat links auch die Konjunktiva und auch die innere Schleimhaut des Mundes betroffen. An der Retina des linken Auges besteht eine Veränderung, welche als Exsudat aufgefaßt worden ist. Die rechte Körperhälfte ist geschwächt, die rechte Hand ist kleiner als die linke, das rechte Bein kürzer als das linke. Die Zunge weicht beim Vorstrecken nach links ab. Rechts besteht Babinski und Oppenheim angedeutet, die Hoden sind nicht im Hodensack. Die Sprache ist kindlich: besonders machen Patient die Doppelkonsonanten Mühe. Der stereognostische Sinn ist recht schlecht. Das Gefühl rechts herabgesetzt. Geistig ist der Knabe zurückgeblieben, indes hat er lesen gelernt. Patient leidet seit Beginn der Zahnperiode an epileptischen Anfällen, die anfangs in sehr gehäufter Form bis zu 18 an einem Tage auftraten. Bei den Anfällen dreht er sich im Kreise und bringt singende Töne hervor. Die Augen stehen dabei nach oben rechts. Der Anfall dauert 5—10 Minuten. In der Anstalt wurden bei den Anfällen auch Zuckungen der rechten Seite beobachtet und Einnässen. Es handelt sich um einen Fall von zerebraler Kinderlähmung, die äußerlich durch den Naevus des Gesichts gezeichnet ist. Die linke Großhirnhälfte muß geschädigt sein. Vortr. hat drei ähnliche Fälle beobachten können, welche zur Obduktion kamen. Fall I: 30jähriges Mädchen, rechtsseitiger Naevus, linksseitige Parese. Rechts Hypoplasie und Mikrogyrie des Großhirns und Hypoplasie des linken Kleinhirns. Fall II: 23jähriges Mädchen. Naevus links, Parese rechts. Epileptische Anfälle. Links Hämatom der Pia und links Hypoplasie des Gehirns. Fall III: Naevus rechts, Lähmungen doppelseitig, Hypoplasie des rechten Kleinhirns und der Großhirnhälfte. — Der vorgestellte Fall reiht sich den vom Vortr. kurz skizzierten an. Der Lieblingssitz der Naevi sind Hals und Kopf. Sie stehen zweifellos mit den embryonalen Kiemenspalten in Zusammenhang, und diese Mißbildung muß daher eine sehr frühzeitige sein. Es ist anzunehmen, daß eine Rückbildung der ursprünglichen Gefäße gehemmt oder gestört ist. Vortr. weist noch darauf hin, daß die Naevi meist linksseitig sind. Er bringt dies in Zusammenhang mit der Verschiedenheit der Entwicklung der Blutgefäße auf beiden Seiten.

(Psychiatrischer Verein zu Berlin, 14. Dez. 1912.
Nach Neurolog. Centralbl. 1913. Nr. 2.)

IV. Neue Bücher.

H. Pollitzer, **Ren juvenum.** Wien und Berlin, Urban & Schwarzenberg. Preis M. 7.

Die orthostatische Albuminurie, der diese Monographie gewidmet ist, ist ein so wichtiges und interessantes Gebiet, daß wir dem Verfasser Dank wissen müssen, der aus seinen an der Ortnerschen Klinik gemachten Erfahrungen heraus uns diese Beiträge zur Kenntnis des genannten Krankheitsprozesses geliefert hat. In zahlreichen Mitteilungen über klinische Beobachtungen gelangen diese Erfahrungen zum Ausdruck, und der Verfasser kommt zu recht bemerkenswerten Ergebnissen, die am Schluß des Werkes zusammengefaßt werden. Für den Kinderarzt ist das Studium des Buches ein unbedingtes Erfordernis. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

1. Bakker, K., Lebensaussichten frühgeborener Kinder, mit besonderer Berücksichtigung der spontan frühgeborenen Kinder (Kiel). — 2. Beissert, E., Die mit der Intubation bisher erzielten Resultate an der Diphtherieabteilung der Rostocker medizinischen Klinik (Rostock). — 3. Braams, W., Die Anforderungen



an die Amme im klassischen Altertum (Jena). — 4. Brauweiler, M., Verhalten der Diphtheriebazillen bei Gesunden und Rekonvaleszenten (Göttingen). — 5. Deussen, M., Beitrag zur Epidemiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung, mit besonderer Berücksichtigung der rheinisch-westfälischen Epidemie 1909 (Bonn). — 6. Hoppe, H., Die kongenital dystope Niere. Eine Literaturstudie unter Mitteilung eines neuen Falles beiderseitiger Dystopie ohne Verwachsung (Rostock). — 7. Hellseid, W., Über universellen Hydrops bei Neugeborenen (München). — 8. Kahlenborn, J., Zwei Fälle von angeborenem Defekt des Musculus masseter mit Atrophie des Unterkiefers (Bonn). — 9. Lechler, A., Zur Frage der Häufigkeit, Diagnose und neueren Behandlung der Spulwurmkrankheit bei Kindern (Rostock). — 10. Leendertz, G., Zur Kasuistik der angeborenen allgemeinen Wassersucht (München). — 11. Lichtenstein, R., 15 Fälle von Pylorospasmus der Säuglinge (Berlin). — 12. Niehaus, A., Pathogenese der Polyneuritis postdiphtherica (Kiel). — 13. Pallesen, J., Akute Infektionen Neugeborener (Stomatitis, Pemphigus, Furunkulose und Mastitis) nach dem Material der Kieler Frauenklinik aus den Jahren 1902—1910 (Kiel). — 14. Pott, R., Über Tentoriumzerreißungen in der Geburt (Halle). — 15. Ramdohr, E., Intravenöse und subkutane Anwendung des Diphtherieheilserums (Rostock). — 16. Salomon, E., Fall von kongenitaler Anorchie (Bonn). — 17. Salzmann, O., Zur Kasuistik der Porenzephalie im frühen Kindesalter (München). — 18. Sauer, F., Beiträge zur Epidemiologie und Therapie des Keuchhustens in den letzten 100 Jahren (Bonn). — 19. Schotten, F., Über kongenitalen Defekt der Gallenausführungsgänge (Kiel). — 20. Schwartz, H., Seltene Todesursachen beim Neugeborenen (Göttingen). — 21. Thalrose, L., Ein Sarkom von alveolärem Aufbau im Ovarium einer Siebzehnjährigen (München).

V. Monats-Chronik.

Berlin. Zur Verhütung von Unglücksfällen beim Turnen weist der Kultusminister in einer neuen Verfügung darauf hin, daß das Abwärtsrutschen an den Kletterstangen oder Klettertauen nicht zu dulden sei; ebensowenig statthaft sei wegen der damit verbundenen Gefahren das Abwärtsgleiten im Reitsitz auf der Oberseite der schrägen Leiter. Auch das Aufwärtsklettern an der Oberseite einer schrägen Leiter sei zu untersagen. Damit nun die Schüler und Schülerinnen nicht in Versuchung geraten, bei dem Herabkommen von den Stangen oder Tauen den Kletterschluß aufzugeben und mit Händen und Füßen herabzugleiten, sei darauf zu achten, daß das Aufwärtsklettern nur bis zu einer Höhe erlaubt werde, von der herab die Übenden sicher und vorschriftsmäßig abwärts klettern können.

Charlottenburg. Das neue Krankenhaus für Geburtshilfe (Leiter: Prof. C. Keller) enthält eine aseptische und eine septische Krankenabteilung in getrennten Räumen. Es hat 113 Betten für Erwachsene und 98 für Säuglinge in 48 Zimmern (2—6 Betten). Verpflegungssätze: Klasse II. 1. Für Einheimische (Erwachsene und Kinder) 7,50 M; 2. für Auswärtige (Erwachsene und Kinder) 10,50 M für den Tag. — Klasse III. Für in Charlottenburg wohnende und für alle Mitglieder von Krankenkassen und Abonnementsvereinen und Berufsgenossenschaften (Erwachsene wie Kinder) 3 M; für auswärts Wohnende, soweit nicht die Kurkosten von Krankenkassen usw. getragen werden und nicht besondere Bestimmungen Platz greifen (für Erwachsene wie Kinder), 3,50 M pro Tag.

Weißensee. Der Verein Säuglingskrankenhaus hat in seinem Heim (Verlängerte Kniprodestraße, Telephon: Weißensee 348) eine Vermittlungsstelle für Ammen eingerichtet. Näheres durch die Geschäftsstelle, Berlin N., Invalidenstr. 147.

Breslau. Dr. H. Aron, Laboratoriums-Vorst. an der Kinderklinik, hat den Titel „Professor" erhalten.

Donnerstag, 5. Juni 1914, findet die VI. Versammlung der Schulärzte Deutschlands in Stuttgart statt. Zur Behandlung kommen: 1. Der Schularzt an der Fortbildungsschule. 2. Der schulärztliche Dienst an höheren Knaben- und Mädchenschulen.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

19. Jahrgang. **1. März 1914.** Nr. 3.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Archiv für Kinderheilkunde. 60. und 61. Band (Fortsetzung).

Eugen Neter (Mannheim), Die Masturbation im vorschulpflichtigen Alter. Die von N. beobachteten 26 Fälle von Masturbation im frühesten Alter erreichen mit ihren Anfängen alle aufs erste Lebensjahr zurück. Die überwiegende Mehrzahl waren Mädchen. Die Onanie war fast immer Nebenbefund. Vielfach wurden eigentümliche „Anfälle" und „Krämpfe" angegeben. Die Anamnese ergab keinerlei Aufklärung. Weder Manipulationen des Pflegepersonals, noch Phimose, Würmer oder Ähnliches konnte als Ursache angeschuldigt werden. Auch die neuropathische Belastung spielte nur teilweise eine Rolle. Das Nervensystem der Kinder war stets intakt, die Psyche im Sinne vorzeitiger Sexualempfindungen geweckt. Die Masturbation scheint in den ersten 2 bis 3 Jahren einen rein physischen Vorgang darzustellen, der sich noch von psychischen Mitschwingungen freihält. Der Akt selbst vollzieht sich meist ohne Zuhilfenahme der Hände. Die Prognose ist ziemlich günstig. Die Behandlung besteht in steter Überwachung und mechanischer Behinderung des Aktes.

Hecker.

R. Paderstein (Berlin), Die Diagnose der Neuritis optica aus dem Augenspiegelbild. — Rekapitulation der bekannten Symptome. Hecker.

H. Roeder (Berlin), Muskelarbeit und Körperkonstitution. Ein Beitrag zur Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter. Verf. betont den Wert der Muskelarbeit als Heilfaktor gegenüber dem einfachen Milieuwechsel. Speziell das planmäßige Wandern beeinflußt sowohl das Körpergewicht, wie auch die gesamte Körperkonstitution in ausgezeichneter Weise; es kommt zur Vergrößerung der Brustmaße, der Elastizität des Brustkorbes, der Atmungsweite und der Körperlänge. Das ist bedeutsam besonders für unterernährte und unterentwickelte Kinder. Die Trainierung des Atmungsapparates, die bessere Durchlüftung der Lungen ist das wichtigste Prophylaktikum gegen die Tuberkulose. Hecker.

Eugen Schlesinger (Straßburg i. E.), Schwach begabte Kinder. Ihre körperliche und geistige Entwicklung während und nach dem Schulalter und die Fürsorge für dieselben. Mit 100 Schülergeschichten und 65 Abbildungen schwachbegabter Kinder.

Eine 180 Seiten lange Monographie, die in 10 Kapiteln das behandelte Gebiet meisterhaft beleuchtet. Die Ergebnisse faßt Sch. wie folgt zusammen: Beim Zustandekommen der schwachen Begabung treffen an 90% ererbte endogene und in früher Jugend erworbene exogene Schädlichkeiten zusammen; letztere tragen vor allem auch zur Verschlimmerung der intellektuellen Schwäche bei. — Unter den endogenen Schädlichkeiten ist in erster Reihe die neuro-psychopathische Belastung, in zweiter Reihe die Trunksucht, überhaupt die Degeneration und Dekadenz in der Familie der Debilen zu nennen. — Die Trinkerkinder fallen gegenüber den Schwachbegabten aus nüchternen Familien auf durch ihre durchschnittlich schwache Konstitution, durch die Häufigkeit von Bildungsfehlern, von psychomotorischen Erregungszuständen und vor allem durch die Häufigkeit schwerer Charakterfehler.

Unter den exogenen Schädlichkeiten spielen die größte Rolle ein schlechtes soziales Milieu und langwierige schwere Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Krämpfe in dieser Zeit sind weniger eine Ursache, als bereits ein Zeichen der mangelhaften Gehirnentwicklung.

Mit der geistigen Minderwertigkeit ist sehr häufig eine körperliche Rückständigkeit verbunden, derart, daß die Debilen in Länge und Gewicht durchschnittlich um 1—3 Jahre hinter ihren normalen Altersgenossen zurückstehen. Bemerkenswert sind jahrelanger Stillstand im Wachstum und große Gewichtsschwankungen im Laufe der Jahre. — Während der ganzen Kindheit und Jugend ist die Sterblichkeit und Erkrankungshäufigkeit der Schwachbegabten wesentlich größer als bei normalen Individuen. Im Säuglingsalter stehen Ernährungsstörungen, später akute Infektionskrankheiten, im Schulalter neuropathische Erscheinungen und Blutarmut, später die Tuberkulose im Vordergrund.

Im Gehörorgan finden sich bei fast $^2/_3$ der Fälle Störungen, davon in einem Drittel schwerere, die beim Zustandekommen der schwachen Begabung eine Rolle spielen. In der Regel liegen denselben pathologische Veränderungen zugrunde, zum Teil sind sie aber auch, namentlich bei jüngeren Kindern, sensoriell-intellektueller Art.

Mängel dieser letzten Art finden sich noch öfter bezüglich des Sehens, nicht selten in Verbindung mit Brechungsanomalien des Auges, unter denen Weitsichtigkeit und Astigmatismus häufiger, Kurzsichtigkeit seltener, aber im gegebenen Fall hochgradiger ist, als bei den geistig normalen Schulkindern derselben sozialen Klasse. Die für die jüngeren Debilen fast pathagnomische Farbenblindheit bessert sich in der Regel im Laufe der Jahre wesentlich.

Der eigentliche Sprachfehler der Schwachbegabten ist das Stammeln, eine Entwicklungshemmung auf sprachlichem Gebiet. Seine Prognose ist hier günstig im Gegensatz zu der des Stotterns.

Mein Material ehemaliger bereits aus der Schule entlassener Hilfsschüler (152 Fälle) verteilt sich auf 14% leicht Schwachbegabte (Überweisungsschüler), 29% mäßig Schwachbegabte, 49% stark Schwachbegabte und 8% sogenannte bildungsfähige Imbezille.

Der Gang der intellektuellen Entwicklung gestaltete sich bei ihnen folgendermaßen: 37% machten ziemlich gleichmäßig anhaltende

Fortschritte, und zwar 8 % durchschnittlich gute, 23 % mäßige, 6 % geringe. Die Fortschritte steigerten sich mit der Zeit, meist nach auffallend langsamer Entwicklung in der Unterstufe, bei 27 %; umgekehrt ließen 17 % in der späteren Zeit nach, meist nach guten Fortschritten gerade bald nach dem Übergang aus der Volksschule in die Hilfsschule. Jahrelange Stillstände wiesen 9, Rückschritte 3 % auf. So gut wie keine Fortschritte machen 6 %.

Die Hälfte der Schüler wies in den einzelnen Unterrichtsdisziplinen annähernd gleichmäßig gute bzw. geringe Leistungen auf. Ein Viertel blieb in einem Hauptfach erheblich hinter dem Durchschnitt der Schwachbegabten zurück, während ein letztes Viertel in einem Hauptfach mehr als die anderen Hilfsschüler leistete.

Der Empfindungs- und Wahrnehmungsprozeß ist bei den Schwachbegabten in der Regel nicht auffallend gestört; der Besitzstand an Vorstellungen, wenigstens an konkreten und den sog. zusammengesetzten Vorstellungen, bleibt bei ihnen im allgemeinen nicht so sehr hinter der Norm zurück. Vor allem aber bleiben bei ihnen die höheren Ideenassoziationen lange Zeit mangelhaft, die Urteilsbildung unsicher; hierin liegt bei vielen das Wesentliche ihres Intelligenzdefekts.

Eine auffallende Gedächtnisschwäche zeigten 19 %, eine auffallende Mangelhaftigkeit der Aufmerksamkeit 29 %, sei es infolge von Teilnahmslosigkeit, oder gesteigerter Ablenkbarkeit, oder rascher Ermüdung.

Hinsichtlich des psychisch-ethischen Verhaltens zeigten 28 % der Schwachbegabten keine wesentlichen Besonderheiten; 31 % gleichgültige, harmlose, halt- und energielose zeigten eine verminderte Affekterregbarkeit und Willensbetätigung. Im Gegensatz hierzu zeigten 41 % eine über die Norm hinausgehende Steigerung in der Gefühls- und Willenssphäre. Bei 29 % hielt sich diese in mäßigen Grenzen; das waren reizbare, impulsive Egoisten, „schwierige“ Kinder.

7 % hatten schwere Charakterfehler, ebenso große Mängel in der intellektuellen wie in der affektiven Sphäre; die Trias: Lügen, Stehlen und Schulschwänzen fehlte nie bei ihnen. 5 % waren ausgesprochen moralisch verkommen, derart, daß der ethische Defekt im Vordergrund stand und den intellektuellen Mangel zurücktreten ließ.

Eine Verschlechterung des Charakters im Laufe der Jahre war doppelt so häufig als eine Entwicklung zum Besseren. Beim Zustandekommen der psychisch-ethischen Minderwertigkeit spielt die Konkurrenz von exogenen und endogenen Schädlichkeiten womöglich eine noch größere Rolle, als bei der Entstehung des intellektuellen Defekts; das zeigt sich am deutlichsten bei den Trinkerkindern.

Trotzdem die Sterblichkeit unter den Debilen nach dem Schulalter erheblich größer ist, als bei den geistig normalen Individuen derselben Altersklasse und derselben sozialen Bevölkerung, so ist doch bei den Schwachbegabten in dieser Zeit im allgemeinen eine Besserung des gesamten konstitutionellen Verhaltens nicht zu verkennen.

Nur ein Drittel der Schwachbegabten macht in gehöriger und normaler Weise eine Lehrzeit durch; für ein zweites Drittel ist charakteristisch ein häufiger Stellen- und Berufswechsel während der

Lehrjahre. Bei einem letzten Drittel wurde von vornherein auf eine rechte Lehrstelle und die Erlernung eines Handwerks oder Berufs verzichtet.

Bei der Berufswahl verdient für die Debilen stärkeren Grades in erster Linie die Landwirtschaft Berücksichtigung.

Im späteren Berufsleben finde ich die Hälfte der einstigen Insassen der Hilfsschule in einem Handwerk beschäftigt, wo sie als Gesellen durchschnittlich den ortsüblichen Tagelohn oder etwas mehr verdienen. Ein Viertel sind als ungelernte Arbeiter teilweise erwerbsfähig oder nur zeitweise beschäftigt und erreichen annähernd das Existenzminimum. Ein letztes Viertel ist so gut wie erwerbsunfähig; diese leisten nur innerhalb Anstalten nennenswerte Arbeit.

Für den Grad der Erwerbsfähigkeit der Schwachbegabten ist in erster Reihe die Größe der Debilität maßgebend. Kommen zu der intellektuellen Minderwertigkeit noch körperliche Schwäche, schwerere organische Fehler oder schwere Charakterfehler, ja schon ausgesprochene Energielosigkeit hinzu, so sinkt die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit gleich stark herab.

Die Fürsorge für die schulpflichtigen Schwachbegabten hat sich zu richten auf den Ausbau der Hilfsschule (frühzeitiger Eintritt in dieselbe, angemessene Berücksichtigung des Werkunterrichts als Unterrichtsprinzip), auf Ausdehnung der sozialhygienischen Einrichtungen zur körperlichen Ertüchtigung der Debilen, Ausdehnung der schulärztlichen Tätigkeit auf die Behandlung der bedürftigen Kinder (Anstellung von Schulschwestern), auf die Errichtung von Tagesbewahranstalten, Kinderhorten und von Hilfsschulinternaten für häuslich verwahrloste und ethisch defekte Debile.

Für die aus der Schule entlassenen Schwachbegabten sind von großer Bedeutung einerseits Fürsorgevereine, deren Mitglieder sich unter anderem die Unterbringung der ehemaligen Hilfsschulzöglinge in geeignete Lehrstellen und deren weitere Überwachung und Unterstützung angelegen sein lassen, anderseits die obligatorische, spezielle Fortbildungsschule, ferner Arbeitslehrkolonien und Heilerziehungsanstalten, letztere getrennt von den Fürsorgeanstalten für normale Fürsorgezöglinge, ähnlich wie die Sonderabteilungen dieser Anstalten für psychisch minderwertige Zöglinge. Hecker.

R. Lederer, Zur Frage der Purpura abdominalis (Henoch). (Ztschr. f. Kindhlk. 6. 1913 H. I, II u. III. S. 227.) Bei sogenannter Henochscher Purpura ist wiederholt Intussuszeption des Darmes beobachtet worden. Es wird vielfach die Frage erörtert, ob die Pupura abdominalis eine hämorrhagische Diathese ist, die sich außer in den Gefäßen der Haut auch in denen des Darmes geltend macht und unter Umständen infolge schwerer Darmblutungen zur Invagination führt, oder ist umgekehrt die Invagination oder ein anderer pathologischer Zustand des Magendarmkanales das Primäre und imstande, im Organismus derartige Schädigungen zu setzen, daß auf deren Boden eine hämorrhagische Diathese entstehen kann. Verf. beschrieb zwei einschlägige Fälle. Im ersten Fall handelt es sich um einen 12jährigen Knaben, bei dem die Erkrankung in charakteristischen Schüben

verlief. Dreimal traten starke Koliken mit Erbrechen, Tenesmus, zahlreichen blutigen Entleerungen auf; einmal führten dieselben zur Invagination, die spontan ausheilte, indem sich das invaginierte Stück abstieß; dreimal stellten sich Gelenksschwellungen mit rheumatoiden Schmerzen ein, einmal schwoll das Skrotum und ein Hoden an, und wiederholt traten in Schüben Blutungen in die Haut von verschiedener Größe und Intensität auf. Der zweite Fall betraf ein 9jähriges Mädchen, das vor der Erkrankung schon einmal Nephritis durchgemacht hatte, plötzlich mit Gelenksschwellungen und Hautblutungen und wenige Tage später mit Koliken und Erbrechen erkrankte. Auch in diesem Falle zeigte die Erkrankung typischen Verlauf in Rezidiven; sowohl die Bauchsymptome als die Hautblutungen traten mehrmals auf, erstere allerdings in sehr geringer Intensität und mit nur wenigen blutigen Entleerungen. Was den Fall interessant macht, ist das Auftreten eines papulösen Exanthems an den Streckseiten der Extremitäten, das im ganzen viermal rezidivierte und vollkommen parallel mit dem Auftreten der übrigen Symptome, besonders der Hautblutungen, in Erscheinung trat, ferner die Erkrankung an hämorrhagischer Nephritis, die auch bei der Entlassung des Kindes noch bestand.

In welchem Sinne sind nun die beiden Fälle zu deuten? Bei dem ersten Fall vermißt man in der Anamnese irgendwelche Anhaltspunkte dafür, daß schon vorher eine Erkrankung des Magendarmkanales bestanden habe, die eine Disposition zur Invagination hätte abgeben können. Vielmehr begann die Erkrankung mit Gelenksschwellungen, denen erst 5 Tage später Erbrechen und Abgang blutiger Stühle folgten. Auch bei dem Mädchen ist nichts von einer Erkrankung des Magendarmkanales in früherer Zeit berichtet, und auch die Bauchsymptome während der Purpura waren nicht sehr heftig, wenn auch in deutlicher, für das von Henoch beschriebene Bild charakteristischerweise vorhanden. Dagegen findet man hier die Angabe, daß das Kind vor dem Auftreten der Pupura Nephritis, die in vollkommene Heilung ausgegangen war, durchgemacht habe, und tatsächlich akquirierte das Kind während seiner Purpura eine hämorrhagische Nephritis, die anscheinend in einen chronischen Verlauf überging. Alle Erscheinungen weisen darauf hin, daß das Primäre die hämorrhagische Diathese ist; die Intussuszeption, die nur in ca. 50% der Fälle beobachtet wurde, ist das Sekundäre im Krankheitsbild. Schick.

A. Reiche, Zur Frage des Rückflusses von Pankreassaft in den Magen des Säuglings. (Ztschr. f. Kindhlk. 6. 1913 H. I, II u. II. S. 233.). Die Untersuchungen des Verf. zeigen, daß zwischen dem erwachsenen Menschen und dem kleinen Kinde, besonders dem Säugling, bezüglich des Verhaltens des Pankreassaftes ein Unterschied besteht. Während beim Erwachsenen der Übertritt von Pankreassaft in den Magen sicher bewiesen ist, ist Verf. der Nachweis beim Säugling nie gelungen. Eine Magenverdauung des Fettes und des Eiweißes durch Fermente der Pankreasdrüse ist daher unter normalen Verhältnissen ausgeschlossen. Schick.

Max Kassowitz, Der größere Stoffverbrauch des Kindes. (Ebenda.) Polemik gegen Schlossmann, die in folgenden Sätzen zusammengefaßt wird:

Durch den Nachweis, daß das Verhältnis der Stoffzersetzung zwischen großen und kleinen Individuen bei den Kaltblütern dasselbe ist wie bei den warmblütigen Tieren, ist die teleologische Deutung der vermehrten Wärmebildung bei den kleineren Individuen — als Gegengewicht gegen die relativ größere Abkühlungsfläche — widerlegt. Gegen die kausale Erklärung, daß durch die kürzeren Reflexbahnen die alternierenden Bewegungen (mit Einschluß der unterbrochenen tätigen und wärmeerzeugenden Herz- und Respirationsbewegungen) sich in der Zeiteinheit öfter wiederholen und dementsprechend durch sie mehr Wärme erzeugt werden muß, kann ein triftiger Einwand nicht erhoben werden. Die von Schlossmann vorgebrachten neuen Tatsachen sprechen nicht für einen engen Zusammenhang zwischen Körperoberfläche und Stoffzersetzung, sondern teilweise gegen einen solchen (niedere Körpertemperatur und geringe Kohlensäureausscheidung beim atrophischen Kinde). Der positive Gewinn der Schlossmannschen Versuche liegt in der durch sie sicher erwiesenen Tatsache, daß eine lebhafte Protoplasmaneubildung nicht nur in den intensiv wachsenden Pflanzen, sondern auch bei den in rascher Reparation begriffenen Atrophikern an und für sich mit erhöhtem Stoffumsatz und erhöhter Wärmebildung verbunden ist; daß also das wachsende Kind nicht nur wegen seiner kleineren Dimensionen, sondern auch wegen seiner lebhafteren Protoplasmaneubildung auf die Gewichtseinheit mehr Stoffe zersetzt und mehr Wärme produziert als der Erwachsene. Schick.

Paul Manasse, Scharlach und Ohr. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 59—68.) Unter 10000 Scharlachfällen hat Holmgren 2020 = 21,06 % Otitiden gefunden. Drei Teile des Ohres können erkranken, das Mittelohr, das Labyrinth und der Hörnerv. Es gibt beim Scharlach zwei Formen von Otitis media. Die eine Form — die gutartige gemeine Otitis, die ohne eigentlichen Zusammenhang mit dem Scharlach, gewöhnlich bei Kranken mit unbedeutender oder fehlender Rachenaffektion auftrat. Der Verlauf dieser Otitis bietet nichts für Scharlach Charakteristisches. Ganz anders die zweite Form der Otitis, die Otitis media necroticans. Sie ist bedingt durch die gleichartige Erkrankung des Rachens. Es handelt sich hier nicht nur um akut entzündliche Vorgänge, sondern um ausgedehnte schwere Nekrose von Weichteilen und Knochen. Es kommt zu großen Defektbildungen im Trommelfell und in der Paukenhöhle; das Sekret ist nicht rein eitrig sondern enthält nekrotische Massen und wird schnell fötid. Die Ausheilung erfolgt immer unter Funktionsstörung. Die Eiterung wird fast immer chronisch, oder es bleibt eine trockene Perforation oder doch eine größere Narbe zurück. Die Hörfähigkeit wird niemals ganz normal. Chronische Eiterungen können zu sekundärem Cholesteatom führen. Komplikationen intrakranieller Natur sind nicht selten, besonders Sinusthrombose mit anschließender Pyämie. Die Therapie soll zunächst prophylaktisch

der nekrotisierenden Entzündung des Rachens sich zuwenden (Gurgeln mit H_2O_2, Spraybehandlung mit Menthol in öliger Lösung). Bei Eintritt der Otitis Reinigung des Ohres, Priessnitzumschläge, Einträufeln von 20%igem Borglyzerin. Einführung eines sterilen Gazestreifens. Operation soll nur bei dringender Gefahr sofort vorgenommen werden, sonst höchstens Eröffnung des subperiostalen Abszesses und später erst Operation. Bei Erkrankung des Labyrinthes ist die Hörfunktion noch schwerer geschädigt, bis zur völligen Taubheit. Bei Stimmgabelprüfung findet sich erhebliche Herabsetzung der oberen Tongrenze und verkürzte Knochenleitung, bei vollständiger Zerstörung des inneren Ohres Aufhebung der Luft- und Knochenleitung. Daneben bestehen Gleichgewichtsstörungen (Schwindel, taumelnder Gang, Fallen nach der erkrankten Seite, Erbrechen, Fixationsnystagmus nach der ohrgesunden Seite). Fieber ist oft vorhanden, kann aber fehlen. Prognose schlecht, Ausgang in Taubheit häufig. Therapie wie bei der Otitis media, möglichst konservativ.

Der Hörnerv kann in seltenen Fällen isoliert erkranken. Die Hörfunktion ist geschädigt, dagegen fehlen Gleichgewichtsstörungen.

Schick.

Martin Kretschmer, Über intravitale bakteriologische Blutuntersuchungen bei Kindern. (Ebenda.) Bei 28 Scharlachfällen fand Verf. fünfmal Bakterien im Blute, viermal Streptokokken, zweimal zusammen mit Diplokokken, einmal nur Diplokokken. In einem Falle fanden sich Diplo- und Streptokokken in der Kultur aus der Lumbalflüssigkeit. Vier Fälle starben kurze Zeit darauf. Unter 13 letal verlaufenen Scharlachfällen war das Blut neunmal steril. Die Häufigkeit der Bakteriämie ist also nicht proportional der Zahl der Komplikationen. In leichten Scharlachfällen konnte Verf. nie Streptokokken aus dem Blute züchten.

Verf. untersuchte außerdem 36 Kinder mit verschiedenen Erkrankungen. Bakterien wurden nur dreimal nachgewiesen. Die bakteriologische Blutuntersuchung hat wenig diagnostischen Wert. Die Prognose der Fälle wurde schon klinisch mit genügender Sicherheit gestellt.

Schick.

Siegfried Wolff, Kasuistischer Beitrag zu der Arbeit von Döbeli „Über die Verwendung von Opiaten im Kindesalter". (Ebenda). Einjähriger Knabe, der nacheinander zwei sehr schwere Pneumonien durchgemacht, erkrankt an Dysenterie, erhält als Medizin 1 Tropfen einer 2%igen Pantoponlösung in 100 cm^3 Wasser, 2stündlich 10 cm^3. Die Einzeldosis betrug also 0,1 mg. Verf. gab die erste Dosis selbst. Das Kind wurde auffallend ruhig und lag nach 10 Minuten in tiefem Koma da. Jede Reaktion war erloschen. Heiße Bäder mit kalten Abgießungen, Reiben der Haut, Kampferinjektion brachten das Kind wieder zu sich. Es schlief aber noch fast den ganzen Tag. Am nächsten Tag noch große Mattigkeit.

Verf. erwähnt noch zwei analoge Fälle bei einem 6 Monate alten Säugling (Dosis zwei Tropfen einer 0,5%igen Pantoponlösung) und bei einem 4jährigen Mädchen. Die Döbelische Formel: Morphin-

dosis des Erwachsenen dividiert durch den Quotienten $\frac{65-70}{\text{Gewicht des Kindes}}$ ist daher nur mit Vorsicht als Grundlage zu nehmen. In anderen Fällen wurde die berechnete Dosis gut vertragen. Schick.

F. Glaser u. **H. Fliess,** Über Säuglings-Pyelitis und -Otitis media. (Aus der II. Inneren Abteilung des Auguste Viktoria-Krankenhauses in Berlin-Schöneberg.) (D. m. W. 1913 Nr 30.) Wenn bei unklarem Fieber im Säuglingsalter die Temperatursteigerung durch Pyelitis erklärt zu sein scheint, ist trotzdem den Ohren die größte Aufmerksamkeit zu schenken, da trotz Fehlen von Vorwölbung des Trommelfells und von Schmerzen auf Warzenfortsatzdruck eine Otitis media purulenta, die den primären Krankheitsherd darstellt, vorhanden sein kann. Bei nur der geringsten Röte des Trommelfells ist in schwerer verlaufenden Fällen die Parazentese auszuführen, die das Fieber schnell beseitigen kann. Die Pyelitiden sind bei diesen Krankheitszuständen als Nebenbefund aufzufassen (Mischinfektion). Grätzer.

O. Heinemann (Berlin), Zwei bemerkenswerte Fälle von Nasensteinen. (Ebenda.)

C. F., 18 Jahre alt, hat sich im fünften Lebensjahre einen Fremdkörper in die Nase gesteckt. Es wurde ärztlicherseits vergeblich danach gesucht und angenommen, daß er bereits wieder spontan abgegangen sei. Dies erwies sich aber als Irrtum. Denn allmählich entwickelte sich ein äußerst übler Geruch aus der Nase. Die Behandlung durch den Hausarzt war vergeblich. Es wurde ein Spezialist zu Rate gezogen, der die Nase zwei Monate lang galvanokaustisch behandelte, wiederum ohne Erfolg. Der Patient begab sich dann in Verf.s Behandlung. Er entdeckte sofort mit der Sonde den Fremdkörper im unteren Nasengang. Er ließ sich mit der Zange ohne Mühe entfernen, und der Geruch verschwand mit einem Schlage dauernd. In diesem Fall verriet sich der Fremdkörper dadurch, daß er einen einseitigen übelriechenden eitrigen Nasenkatarrh machte. Er war mit gelbem Nasenschleim umhüllt und daher nur mit der Sonde zu diagnostizieren. Im trocknen Zustande wiegt der sehr poröse und durchaus nicht kleine Stein 0,3 g. Er läßt auf das Schönste seine Entstehung aus einem Fremdkörper erkennen. Man sieht einen rundlichen, mit Kalksalzen imprägnierten Fremdkörper, höchst wahrscheinlich eine vertrocknete Erbse. Ihr ist an der einen Seite eine unregelmäßig gestaltete Kalkplatte angelagert. Der Stein hat also ungefähr 13 Jahre in der Nase gelagert.

A. B., 20 Jahre alt, hatte sich nach Angabe der Mutter als kleines Kind öfter Gegenstände in die Nase gesteckt, über deren Verbleib nichts bekannt war. Ein schönes Zeichen elterlicher Indifferenz. Irgendwelche Beschwerden bestanden nicht, auch kein auffallender übler Geruch. Patientin erschien nur deshalb beim Verf., weil ihre Gesangslehrerin ihr sagte, sie sänge nach verstopfter Nase, sie solle sich doch einmal untersuchen lassen. Bei der Untersuchung stellte Verf. einen linksseitigen eitrigen Nasenkatarrh fest. Ein im unteren Nasengang liegender gelber Schleimpfropf ließ sich nicht wegwischen. Die eingeführte Nasensonde zeigte, daß hinter dem Schleimpfropf ein harter Körper war und daß der Zugang zum Nasenrachenraum von der Nase aus absolut verlegt war. Bei hinterer Rhinoskopie sah es aus, als ob ein großer gelber Schleimpfropf aus der Choanalöffnung hervorragte. Mit dem Finger konnte man indes konstatieren, daß es ein mit Schleim umhüllter, harter Fremdkörper war. Er saß fest eingekeilt zwischen Septum und hinterem Muschelende und wich und wankte nicht. Verf. konnte nur mit der Zange eine Anzahl Trümmer abbrechen. Verf. beabsichtigte daher, in einer zweiten Sitzung die untere Muschel zu resezieren, um Raum zu schaffen. Doch erwies sich dies als überflüssig. Infolge der energischen Kokainisierung schwollen die Weichteile so ab, daß der Stein sich lockerte, in den Nasenrachenraum fiel und ausgespuckt wurde. Verf. hat selten ein größeres Erstaunen gesehen, als da dieses Prachtexemplar zum Vorschein kam. Es folgten noch eine Anzahl Trümmer, von denen ein Teil verloren ging. Der Stein wiegt im trocknen Zustande mitsamt den

noch vorhandenen Trümmern 3 g. Das ursprüngliche Gewicht mag wohl an 5 g betragen haben. Das größte Bruchstück hat gemäß seinem Sitz die Gestalt einer flachen, unregelmäßigen, schwärzlichen Platte von 2,5 cm Länge, 1,5 cm Höhe und 0,5 cm Dicke. In seinem Innern befindet sich zweifellos ein Fremdkörper als Kern. Verf. hat nicht danach gesucht, um das Präparat nicht zu zerstören. Wenn man annimmt, daß ein Mädchen mit Beginn der Schulpflicht sich wohl keine Steine mehr in die Nase steckt, so kommt man auch hier auf ein Alter des Steins von 13 Jahren.

H. hat beide Steine in der Sitzung der Laryngologischen Gesellschaft zu Berlin am 27. Mai demonstriert. Sie haben das Gemeinsame, daß sie ohne Sonde nicht zu diagnostizieren waren. Im ersten Fall ist die Diagnose von seiten des Spezialkollegen offenbar nur deshalb verfehlt worden, weil er nicht sondiert hat. Sonst wäre es schlechterdings unmöglich gewesen.

In dem bekannten Lehrbuch von Moritz Schmidt finden sich noch eine Anzahl Kuriosa auf diesem Gebiete. Schmidt erwähnt auch einen einzigartigen Fall, wo auch mit der Sonde eine sichere Diagnose nicht möglich war, da der Fremdkörper ein Stück weicher Schwamm war. Grätzer.

Franz F. Krusius (Berlin), Ergebnisse vergleichender Refraktionsuntersuchungen an höheren Schulen der Levante und Ostindiens. (Ebenda.) Als praktisch wichtigste Feststellungen sind zu betonen:

1. Es gibt eine Inzuchtserscheinung angeborener astigmatischer Refraktionsanomalien.

2. Es gibt eine generelle Schädigung, d. h. ein hereditär disponierendes Moment für die Schulmyopie.

3. Es gibt eine unter Umständen schon an sich zur Myopie führende Individual-Naharbeitsschädigung.

Mithin muß gerade unter Berücksichtigung hereditär disponierender Momente eine Schulhygiene des Auges nicht nur nützen können, sondern auch gefordert werden. Grätzer.

Ernst Schloss, Zur Behandlung der Rachitis mit Lebertran, Kalk und Phosphor auf Grund von Stoffwechselversuchen. (Aus dem Großen Friedrichs-Waisenhaus der Stadt Berlin in Rummelsburg.) (Ebenda.) Bei drei natürlich ernährten rachitischen Kindern war die Verabfolgung von Phosphorlebertran von entschieden ungünstiger Einwirkung auf den Kalk- und Phosphorstoffwechsel. Daraus folgt aber noch nicht unbedingt die völlige Wirkungslosigkeit oder Schädlichkeit des Phosphorlebertrans per se beim natürlich genährten Kinde. Dazu sind die Versuche doch noch zu wenig zahlreich, um eine Entscheidung zu treffen, die für Theorie und Behandlung der Rachitis von gewisser Tragweite wäre. Weitere Versuche sollen zeigen, ob man es hier wirklich mit einer regelmäßigen Erscheinung zu tun hat.

Sichergestellt ist aber der schon von Schabad betonte günstige Einfluß der Kalkdarreichung in der Kombination mit Lebertran, und zwar vorwiegend auf den Kalk, in geringerem Maße auch auf den Phosphorstoffwechsel. Eine den Ansatz beider Mineralien in gleicher Weise begünstigende Wirkung wird aber erst durch die Kom-

bination von Phosphorlebertran mit einer Phosphorkalkmedikation erzielt, und zwar sicher durch eine organische Verbindung, besonders ein kalkhaltiges Eiweißpräparat. Der Eiweißphosphor scheint dabei direkt für den Knochenaufbau brauchbar zu sein.

Aber auch das einfache anorganische Salz, das Calciumphosphat, dürfte nach dem einen, allerdings ganz einwandfreien Versuche zu schließen, beim natürlich genährten Kinde die gleiche günstige Wirkung entfalten. Ob auch ohne Lebertran, erscheint nach dem Ausfall eines Versuches, der früheren Versuchen entspricht, noch zweifelhaft. Doch müssen hier noch weitere Versuche einsetzen.

Für die Therapie und Prophylaxe der Rachitis beim natürlich ernährten Kinde folgt jedenfalls aus diesen Versuchen die Indikation, die alleinige Behandlung mit Phosphorlebertran bzw. Lebertran durch die Kombination von Lebertran mit einem Phosphor-Kalkpräparat zu ersetzen. Grätzer.

Richard Sussmann, Ein Beitrag zur Kenntnis der Einschlußblennorrhoe der Neugeborenen. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Berlin.) (Ebenda.)

1. Die Einschlußblennorrhoe der Neugeborenen umfaßt beinahe die Hälfte aller Blennorrhoen. Ihre Anzahl deckt sich somit fast völlig mit der Frequenz der bisher ätiologisch nicht bestimmten, nichtgonorrhoischen Neugeborenen-Blennorrhoen.

2. Die klinische Differentialdiagnose der Einschlußblennorrhoe von der Gonoblennorrhoe stützt sich im wesentlichen auf die folgenden klinischen Eigenschaften der Einschlußblennorrhoe: Längere Inkubationszeit, andersartiges Sekret, stärkere Neigung zu Blutungen, schleppender Verlauf, Verschontbleiben der Hornhaut.

3. Die „Spätinfektionen“ sind in der Hauptsache Einschlußblennorrhöen.

4. Die einfachen Katarrhe der Neugeborenen sind keine Einschlußerkrankungen. Grätzer.

Erich Martini (Wilhelmshaven), Über die Notwendigkeit gemeinverständlicher Belehrung bei Diphtheriegefahr. (Ebenda.) M. möchte empfehlen, möglichst bald gemeinverständliche Belehrungen des Publikums, und, wenn es sein muß, auch Aufklärungen von Ärzten in bezug auf die Diphtherie vornehmen zu lassen. Es würde sich darum handeln,

1. das Verständnis für den souveränen Wert des Behringschen Diphtherieserums an seinen Hunderttausenden von Beispielen nachdrücklichst neu zu wecken und zu erhalten,

2. die Art und Weise der Übertragungsgefahr, in erster Linie die Gefahr der Bazillenträger und die Notwendigkeit ihrer Befreiung von den Bazillen, kurz ihre Unschädlichmachung, dem Verständnis des Volkes näher zu bringen.

Auf diese Weise dürfte es Sachverständigen und Laien in gemeinsamer, verständnisvoller Arbeit schließlich gelingen, auch der Diphtheriegefahr wieder Herr zu werden. Grätzer.

M. Kassowitz, Weitere Beiträge zur Rachitisfrage. I. Alimentäre Rachitistheorien. II. Nervöse Übererregbarkeit bei Rachitis. III. Phosphor und Lebertran. (Ebenda.) In seinem ersten Aufsatz bekämpft Verf. Dibbelts Kalkhungertheorie und führt alles an, was gegen diese und für seine eigene Anschauung spricht.

Der zweite Artikel zeigt, daß die nervöse Übererregbarkeit nach wie vor als Symptom der Rachitis angesehen werden muß. Jeder Zweifel an den engen Beziehungen zwischen der Rachitis und der großen Gruppe von nervösen Störungen, die außer dem Stimmritzenkrampf im engeren Sinne und dem exspiratorischen Atemstillstande auch noch die Schlaflosigkeit, die psychischen Aufregungszustände, die Schweiße, die fieberlosen Eklampsien die Tetanie und als seltenere Erscheinungsformen den Nickkrampf und den chronischen Krampf der Bronchialmuskeln umfaßt, mußte zurücktreten angesichts zweier neuer Tatsachen, die K. ausfindig zu machen vergönnt war, nämlich das mit der Rachitis übereinstimmende Verhältnis der Übererregbarkeitserscheinungen zu den Jahreszeiten, und dann die außerordentlich günstige Wirkung der spezifischen Rachitistherapie auf alle früher aufgezählten nervösen Störungen der rachitischen Kinder.

Die Resultate der Ausführungen seiner dritten Arbeit faßt K. wie folgt zusammen:

1. Zahlreiche Beobachter, an deren Glaubwürdigkeit und Urteilsfähigkeit zu zweifeln kein Anlaß vorliegt, haben in der bestimmtesten Weise erklärt, daß sie mit den medikamentösen Phosphorgaben auch ohne Lebertran dieselben Heilerfolge bei den Knochenveränderungen und den nervösen Störungen de Rachitiker erzielt haben, wie wir mit dem Phosphorlebertran.

2. Dasselbe geht auch aus meinen kasuistischen Mitteilungen aus dem Jahre 1884 und aus meinen späteren Erfahrungen mit voller Klarheit hervor.

3. Es ist ganz unmöglich, aus den überaus schwankenden Resultaten der Kalkbilanzen, die in eminentem Maße durch die Vorgänge im Darminhalte bestimmt werden, irgendwelche Schlüsse auf die Vorgänge im Skelettsystem abzuleiten.

4. Die Behauptung, daß die von mir experimentell erzeugte Phosphorschicht — abweichend von Wegner — nur aus verkalktem Knorpel bestanden habe, ist gänzlich unbegründet.

5. Es existiert kein wissenschaftlicher Beweis dafür, daß die bei wachsenden Säugetieren und Hühnern durch kleine Phosphorgaben herbeigeführte Veränderung an den Appositionsstellen der Knochen beim gesunden menschlichen Kinde nicht erzielt werden kann. Grätzer.

J. Przedborski, Über einen interessanten Fall von Askaridiasis und Meningitis tuberculosa und über Wirkung des Oleum chenopodii auf Askariden. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.) (B. kl. W. 1913 Nr. 43.)

In die Kinder-Poliklinik der Charité wurde eines Tages ein $2^1/_2$ Jahre alter Knabe gebracht, der, wie die Mutter angab, am gleichen Tage einen Spulwurm erbrochen hatte. Außerdem hatte die Mutter noch einen zweiten Askaris tief im

Rachen gesehen, der wieder in dem Ösophagus verschwand. Die Vorgeschichte ergab, daß der Knabe immer schwächlich gewesen war. Er hatte schon oft in ärztlicher Behandlung gestanden, so wegen einer Keratitis phlyctaenulosa, wegen ausgesprochener Blässe der Haut und später wegen eines Hautausschlages, der als tuberkulös gedeutet wurde. Seit etwa einem Vierteljahre hat sich sein Zustand verschlimmert. Der Knabe klagte ständig über Mattigkeit, sowie über Schmerzen in den Beinen und wurde noch blässer als zuvor. Als endlich Brechreiz auftrat und dabei der Spulwurm herausbefördert wurde, suchte die Mutter die Poliklinik auf. Nie aber zuvor hatten die Eltern Würmer im Stuhl gesehen, und nie hat der Knabe über Leibschmerzen geklagt.

Es handelte sich um einen sehr blassen Knaben mit hydrozephalischem Schädel. Es bestand unbedeutendes Fieber (ca. 38°). An den Organen ließ sich außer einer ganz geringen Verkürzung des Perkussionsschalles über der Lunge links oben nichts Positives nachweisen. In der Nähe der Hand- und Fußgelenke befanden sich einige etwa zehnpfennigstückgroße, bläulich verfärbte, ekzematöse Stellen, die tuberkulöser Natur zu sein schienen. Es wurde zur Vertreibung der Askariden eine Kur mit Ol. chenopodii anthelmintici verordnet, und zwar dreimal 5 Tropfen in einstündigen Abständen, danach Rizinusöl. Am nächsten Tage brachte die Mutter die Fäzes des Kindes. Darin fanden sich etwa 100 Spulwürmer (Ascaris lumbricoides), und zwar von auffallend geringen Dimensionen. Die größten Würmer waren etwa 190 mm lang und 3 mm breit, die kleinsten nur 35 mm lang und 1 mm breit. Der Knabe schien sich etwas erholt zu haben, aber der Brechreiz bestand, obgleich in geringerem Maße, noch fort. An den folgenden zwei Tagen gingen mit dem Stuhl noch 20 bzw. 3 Würmer ab. Jetzt schienen der Brechreiz und die Appetitlosigkeit, die noch während dieser zwei Tage bestanden hatten, gewichen zu sein. Das Kind war während der Sprechstunde lebhaft, aß mit Appetit und interessierte sich für seine Umgebung. Die anhaltende Temperaturerhöhung deutete aber doch darauf hin, daß von einer Heilung nicht geredet werden konnte, außerdem veranlaßte die positiv ausgefallene kutane Tuberkulinreaktion und Anämie (Hgl. 65 %, Erythrocyten 3800000, Leukozyten 12000), das Kind in poliklinischer Beobachtung und Behandlung zu behalten. Schon nach zwei Tagen kam das Kind wieder in die Poliklinik. Diesmal aber in fast somnolenten Zustande: es hatte sich wieder unstillbarer Brechreiz eingestellt, außerdem schrie es, wie die Mutter angab, oft auf, verdrehte die Augen und reagierte zuletzt überhaupt nicht mehr auf Anruf. Askariden zeigten sich nicht mehr. Objektiv ließen sich Nackensteifigkeit, Kernigsches und Brudzinskisches Phänomen nachweisen, so daß sich eine stationäre Behandlung wegen einer Meningitis tuberculosa als nötig erwies. In der Klinik wurde die Diagnose durch Lumbalpunktion und Nachweis von Tuberkelbazillen im Punktat sichergestellt. Nach sechstägiger klinischer Behandlung, wobei sich allmählich klonische und tonische Krämpfe und vollkommene Bewußtlosigkeit eingestellt haben, erlag das Kind seinem Leiden.

Die Autopsie ergab: Meningitis tuberculosa. Verkäste tracheobronchiale Lymphdrüsen, akut disseminierte Miliartuberkulose der Lungen, Nieren, Milz und Leber. Der Darm war dabei frei von Askariden und von jeglichen Entzündungserscheinungen.

Der geschilderte Fall ist wohl so aufzufassen, daß schon die ersten Erscheinungen, die das Kind in die Poliklinik führten (Brechreiz, Fieber), zu den Prodromen der Meningitis tuberculosa gehörten, doch konnte diese Diagnose damals noch nicht gestellt werden, da mangels anderer meningitischer Symptome die Hauptaufmerksamkeit auf die massenhaften Askariden gelenkt werden mußte. Wenn man aber den nachfolgenden Ausgang der Krankheit mit dem vorher festgestellten spontanen Auswandern der Askariden aus dem Darm bis in die Mundhöhle hinauf in Zusammenhang bringt, kann man annehmen, daß es sich um das bei Helminthiasis so häufig beobachtete Phänomen handelt, daß beim Eintreten einer akuten Erkrankung des Wirtes die Schmarotzer den Darm nach allen möglichen Richtungen verlassen.



Besonders interessant ist, daß man so kleine Ascarides lumbricoides zu Gesicht bekam, wie man sie sonst nur selten bei Abtreibungskuren zu sehen Gelegenheit hat. Meistens werden Exemplare beschrieben, die ca. 100 bis 400 mm lang sind. Die kleinsten aber waren hier 35 mm lang.

Was aber am meisten zu betonen notwendig erscheint, das ist die ausgezeichnete Wirkung des Ol. chenopodii als Abtreibungsmittel für Askariden. Nach Darreichung von 15 Tropfen des Mittels, das vom Kinde gut (ohne Erbrechen, obgleich sonst ein starker Brechreiz bestanden hat) vertragen wurde, kamen insgesamt 125 Askariden heraus; danach konnte man weder Würmer noch deren Eier im Stuhl nachweisen. Die Obduktion stellte es sicher, daß der Darm von Askariden vollständig befreit war. Grätzer.

H. Oppenheim u. **M. Borchardt** (Berlin), Erfahrungen bei Operationen von Kleinhirngeschwülsten. Tumor der rechten Kleinhirnhemisphäre. (Ebenda.)

Es handelte sich um ein 7 jähriges Kind, das vor ungefähr $1^1/_2$ Jahren, bevor es zur Operation kam, mit Kopfschmerzen, Erbrechen und schwankendem Gang erkrankte. Alle Erscheinungen nahmen schnell zu. Das Kind war, als es zur Operation geschickt wurde, nicht mehr imstande, allein zu gehen oder zu stehen.

Bei der Untersuchung am 3. V. 1912 (Cassierer) wurde festgestellt: Hochgradige, zerebellare Ataxie. Cochlearis und Vestibularis nicht erkrankt. Kniephänomene sind stark. Links ist auch das Achillessehnenphänomen sehr stark. Links Babinski, rechts nicht deutlich. Rechts auch das Achillessehnenphänomen nicht deutlich. Ausgesprochene Bewegungsataxie in beiden Beinen, deren motorische Kraft gut erhalten ist. Sehnenphänomene an den Armen stark. Bewegungsataxie in beiden Armen, links stärker als rechts. Namentlich links ausgesprochene Adiadochokinesis. Beiderseits schwerer Nystagmus. Kornealreflexe auf beiden Seiten erhalten. Sitzen nur unvollständig, Gehen und Stehen völlig unmöglich.

Diagnose: Raumbeschränkender Prozeß in der hinteren Schädelgrube; wahrscheinlich in den medialen Partien des Kleinhirns, vielleicht etwas mehr nach links.

Schon während des Aufenthalts im Krankenhause hatte die stark regressive Stauungspapille am 21. III. zur neuritischen Atrophie und beiderseitigen Amaurose geführt (Dr. Fehr).

Am 29. IV. konstatierte Dr. Fehr geringe Wiederkehr der Pupillenreaktion und geringen Lichtschein. — In den folgenden Tagen wieder völlige Blindheit.

9. V. Operation (Borchardt). Viereckiger Weichteillappen mit unterer Basis über beiden Hemisphären. Beim Abpräparieren des Lappens starke Blutung aus den Knochenvenen. Es tritt schnell schwere Asphyxie auf. Das Kind muß auf den Rücken gelegt werden, und längere Zeit hindurch fortgesetzte künstliche Atmung bessert den bedrohlichen Zustand. Über beiden Kleinhirnhemisphären wird der Knochen schnell fortgenommen, so daß beide Kleinhirnhemisphären freiliegen, und dann die Weichteile wieder vernäht.

Es war versucht worden, die Operation in Lokalanästhesie auszuführen, jedoch war dieser Versuch an der Ungebärdigkeit des Kindes gescheitert, und es mußte zur Narkose geschritten werden.

Das Kind erholte sich von dem Eingriff schnell.

25. V. Zweiter Akt. Erneuter Versuch mit Lokalanästhesie muß wieder aufgegeben werden. Aber es sind während der ganzen Operation nur wenige Gramm Äther nötig. Abpräparieren des Lappens. Beide Kleinhirnhemisphären liegen gut frei, von Dura bedeckt. Inzision der Dura, parallel dem Sinus transversus. Nach doppelter Unterbindung des Sinus occipitalis wird der Duralappen nach abwärts geklappt. Aus der Cysterna cerebello-medullaris entleert sich fast ein Weinglas Flüssigkeit. In dem Maße, als die Flüssigkeit abfließt, sinkt das ganze Gehirn nach vorn; während es vorher pulslos war, fängt es an zu pulsieren. Nun Palpation.



Links und in der Mitte normale Konsistenz. Rechts vom Wurm ist die Kleinhirnhemisphäre härter als die linke. Horizontale Inzision der rechten Kleinhirnhemisphäre. Man kommt auf einen harten, grauen Tumor, der die Größe einer Walnuß hat und sich in Stücken gut exstirpieren läßt. Zerstörung des Geschwulstbettes mit dem Thermokauter. Stillung der Blutung mit langer, starker Tamponade und heißer Kochsalzlösung. Völlige Naht der Dura und der Weichteile.

Diesen großen Eingriff hat das Kind auffallend gut überstanden; es ist schon am nächsten Tage sehr vergnügt und fast völlig ohne Beschwerden.

Schon am 8. VI. sitzt das Kind frei aufrecht. Am 15. VI. ist es imstande, frei zu stehen, und am 19. VI. geht es, trotz seiner Blindheit, bereits sicherer als vor der Operation. Glatte Heilung.

In der Folgezeit hat sich das Kind außerordentlich erholt, ist zu einem blühenden Mädchen geworden. Ein Jahr nach der Operation macht das Kind, das vor der Operation nicht gehen und nicht stehen konnte, dreistündige Spaziergänge mit dem Vater, ohne zu ermüden, und das Bemerkenswerteste an dem schönen Erfolge ist, daß das Kind, welches vor der Operation schon amaurotisch war, nach derselben wieder Lichtschein bekommen hat. Es ist z. B. imstande, eine auf der gegenüberliegenden Seite stehende Litfaßsäule zu erkennen.

2. IX. 1913. Fast $1^1/_2$ Jahre nach der Operation stellt sich das Kind frisch und gesund wieder vor. Es macht allein Einkäufe; ist imstande, Finger in etwa $^1/_2$ m zu zählen. Pupillen mittelweit, reagieren nicht sehr ausgiebig, aber prompt. Papillen grauweiß, besonders temporal, deutlich begrenzt, nicht prominent. Gefäße nicht wesentlich verengt. Schädeldefekt durch festes Narbengewebe fest verschlossen, unempfindlich. Keine Kopfschmerzen. Keine Spur von Ataxie. Gang vorsichtig, aber sicher. Vielleicht eine Spur Adiadochokinesis links. Das Kind kommt in der Schule gut mit.

Neben dem schönen Allgemeinerfolge ist die Wiederkehr des Sehvermögens bei dem vorher schon blinden Kinde besonders erfreulich. Dieser glückliche Ausgang ist zwar kein Unikum, aber er gehört doch zu den größten Seltenheiten.

Ist die Stauungspapille erst einmal so weit vorgeschritten, daß Erblindung in kurzer Zeit zu erwarten ist, so ist die Amaurose in der Regel auch durch die dekompressive Trepanation nicht mehr aufzuhalten. Im Gegensatz zu dieser allgemeinen Erfahrung wurde hier ein bereits blindes Kind wieder sehend gemacht. Grätzer.

Erich Conradi, Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen im Nasen- und Rachensekret ernährungsgestörter Säuglinge. (Aus der Kinderklinik der Akademie für praktische Medizin zu Köln.) (M. m. W. 1913 Nr. 10.) Verf. hatte im Frühjahr 1911 auf einer Abteilung der Säuglingsstation Gelegenheit, das gehäufte Auftreten von Diphtheriebazillen im Nasen- und Rachensekret der Kinder zu beobachten.

Die Veranlassung zu diesen Untersuchungen gab einer der Säuglinge, dessen eigenartig schniefende Atmung bei mit trockenen Krusten verlegten Nasengängen immerhin den Verdacht erwecken konnte, zumal das oftmals vorhandene Fieber sich nicht immer durch Furunkel und Abszesse erklären ließ. Die Untersuchungen waren stets negativ gewesen, bis sich plötzlich am 11. März, 2 Tage vor dem Exitus, im Nasensekret reichlich Diphtheriebazillen kulturell nachweisen ließen.

Das Kind wurde isoliert, mit Serum injiziert und darauf die übrigen Kinder, die in den zwei, durch eine offene Tür verbundenen Zimmern derselben Station lagen, ebenfalls untersucht. Es handelte sich um 14 Betten, die allerdings im Laufe der bis in den Juli dauernden Beobachtungen mehrfach ihre Inhaber wechselten.

Überblickt man Beobachtungen, so läßt sich daraus eine Reihe recht bemerkenswerter Schlüsse ziehen. Erstens: Es wurde bei 10 Säuglingen während einer verschieden langen Beobachtungszeit bakteriologisch das Vorkommen von echten Diphtheriebazillen nachgewiesen, achtmal im Nasensekret und zweimal im Rachen, und kein einziges dieser Kinder zeigte jemals Symptome einer klinisch manifesten Diphtherie. Auch der bei diesem oder jenem Kinde im Laufe der Monate mitunter beobachtete Schnupfen darf nur als zufällige Begleiterscheinung aufgefaßt werden und kann auch bei der lymphatischen Konstitution der meisten Kinder absolut nicht wundernehmen. Die Bazillen waren ja häufig genug schon vorher gefunden worden, und die Schnupfensekretion kam und verschwand in kurzer Zeit. Zu einer diphtherischen Rhinitis gehört eben, und das sei heutzutage, wo so oft die Diagnose einseitig aus dem bakteriologischen Befund gestellt wird, auch hier nachdrücklichst betont, ein wohl charakterisiertes Krankheitsbild, wie es so treffend Heubner schildert: „Die Nasenatmung wird erschwert, aus der einen oder beiden Nasenöffnungen ergießt sich eine meist jauchig riechende Flüssigkeit, die Nasenöffnungen und die Oberlippe exkoriierend. Auf diesen Wundflächen erscheinen dann unter Umständen noch membranöse Beläge, während die dünne Sekretion allmählich in eine mehr dickeitrige übergeht.“ Aber nichts davon auch nur in einem einzigen Falle. Ja, nicht einmal bei den häufigen Anginen und Rachenentzündungen der Lymphatiker vermochten die Bazillen eine für sie spezifische Erscheinung hervorzurufen. Und daß durch derartige Noxen die Disposition erhöht wird, ist ja zur Genüge bekannt und auch vor einigen Jahren durch eine sehr interessante Beobachtung von Scheller und Stenger fast experimentell erwiesen worden. Die beiden fanden bei einem zur Operation aufgenommenen Patienten 14 Tage lang konstant Reinkulturen von Diphtheriebazillen in der Nase, dagegen niemals im Rachen. Am Tage nach der Entfernung einer Nasenmuschel waren bereits Bazillen auf den Tonsillen zu finden und 3 Tage später eine typische Rachendiphtherie, während die Nase — offenbar als die Eintrittspforte — auch dann frei blieb von klinischen Erscheinungen. Auch in den hier beobachteten Fällen mit Lokalisation in der Nase fand niemals eine Ausbreitung der Bazillen auf die Rachenorgane statt.

In zweiter Linie interessant ist die Auslese, die die Bazillen unter den Säuglingen gehalten haben. Betroffen wurden ausnahmslos die elendesten Kinder der Station: stark untergewichtige, chronisch ernährungsgestörte, die im Stadium der Reparation nach akuter Dekomposition sich befanden und bei denen sich meist zahlreiche Symptome von exsudativer Diathese zeigten. Verschont blieben hingegen die dazwischen liegenden, in ihrem Allgemeinzustand schon gebesserten Kinder, sowie diejenigen der Ammen. Das ist um so merk-

würdiger, als doch die Möglichkeiten einer Übertragung ganz enorm zahlreich waren: durch die direkte Berührung mit demselben Pflegepersonal, Anlegen an dieselbe Amme, durch Spielzeug usw. Ein — allerdings nur cum grano salis aufzufassendes — analoges Verhalten fanden Teisier und Guinard im Tierversuch. Sie konnten in einer größeren Versuchsreihe feststellen, daß Tiere durch Aushungern oder längere Nahrungsentziehung gegen Bakterientoxine einen größeren Widerstand zeigten als unter normalen Ernährungsverhältnissen gehaltene Kontrolltiere. Sie experimentierten dabei mit Pneumonie- und Diphtheriebazillen an Hunden und fanden dabei an den durch Nahrungsentziehung geschädigten Tieren die pathologischen Veränderungen von viel leichterer Art.

Nach Feststellung der ersten positiven Bazillenbefunde suchte man natürlich die Quelle bzw. den Infektionsträger zu eruieren. Zuerst fiel der Verdacht auf eine am 17. Februar 1911 an klinischer Rachendiphtherie erkrankte Amme, in deren Begleitung ein Säugling zur Erhaltung der Milchsekretion — mit zur Diphtheriebaracke verlegt worden war. Die Amme wurde am 3. März wieder auf die Abteilung genommen, natürlich bazillenfrei, und weder bei ihr noch bei dem betreffenden Kinde wurden in der Folgezeit jemals Bazillen gefunden. Natürlich bleibt hier die Möglichkeit, daß doch an Haaren, Kleidern oder Schuhwerk Bazillen mit importiert worden wären. Sodann wurden sämtliche Ammen und Dienstmädchen, sowie auch Schwestern der Stationen auf das Vorhandensein von Bazillen untersucht. Bei allen wurde ein negativer Befund erhoben, mit Ausnahme von zwei Schwestern. Hier fand sich im Rachenabstrich der einen fast eine Reinkultur von typischen Diphtheriebazillen, in dem der anderen neben Kokken auch reichliche Stäbchen, teils deutlich Gram-negativ, teils Gram-unbestimmt. Bei der Wichtigkeit dieses Befundes wurden auch Proben dieser beiden Kulturen an das Hygienische Institut der Berliner Universität eingeschickt. In der ersterwähnten Kultur fand sich ein echter Diphtheriestamm, in der zweiten aber nur diphtherieähnliche Stäbchen, teils kürzere, plumpere, teils längere, schlankere, aber alle Gram-negativ. Diese Gram-negativen Bazillen wurden übrigens nebenher auch in den Kulturen der vier Säuglinge aufgefunden.

Noch eine andere Infektionsquelle wäre übrigens noch denkbar, nämlich die der direkten Einschleppung durch einen der betreffenden Säuglinge selbst. Dies ist um so eher denkbar, als zwei der Kinder offenbar auch die Bazillen mitgebracht haben, allerdings aus zeitlichen Verhältnissen nicht für die ersten Befunde verantwortlich gemacht werden können.

Eine Beschleunigung des Verschwindens der Bazillen durch Injektion von Serum konnte in keinem einzigen Falle festgestellt werden, wie denn überhaupt die später entdeckten Fälle mangels jeder klinischen Erscheinung gar nicht mehr immunisiert wurden. Ja, es ließen sich mehrfach die Bazillen über ganz ungewöhnlich lange Zeiträume hin feststellen, besonders bei Nr. 10, 9 und 4, wo 2, 3 und 4 Monate lang positive Befunde erhoben wurden.

Es fragt sich nun, ob die erhobenen Resultate sich in Parallele

setzen lassen mit Befunden früherer Untersucher. 1894 schrieb Heubner seinen Artikel über die „larvierte Diphtherie" und verstand darunter einen latenten Verlauf der diphtherischen Erkrankungen bei schwächlichen Kindern (Skrofulose, Rachitis), also eine abgeschwächte Reaktion bei geschwächten Individuen. Er beschreibt da drei Fälle; bei zweien blieb die Erklärung des geringen Fiebers und leichten Unwohlbefindens längere Zeit verborgen, bei dem dritten wurde die richtige Diagnose erst bei der Sektion gestellt. Dieser Begriff der latenten oder larvierten Diphtherie ist seither mehrfach in offenbar nicht richtigem Sinne gebraucht worden, so von P. W. Williams, der darunter auch Fälle von lokalen Diphtherieerscheinungen ohne allgemeine Krankheitssymptome einbezieht. Auch die von Blochmann zusammengestellten Fälle zeigen doch recht deutliche klinische Symptome (Schnupfen, teils sogar blutiger und mit blutigen Schorfen einhergehend, diphtherische Konjunktivitis, heiserer Husten). Auch obige Fälle sind offenbar nicht unter dieser Rubrik unterzubringen, denn niemals machte doch ein alarmierendes Symptom auf das Vorhandensein von Bazillen aufmerksam. Und gerade in dieser Tatsache sieht Verf. auch das praktisch Wichtigste dieser ganzen Untersuchungen: es können im Nasen- und Rachensekret schwer geschädigter Säuglinge während verschieden langer Zeit echte und auch virulente Diphtheriebazillen vorkommen, ohne klinische Erscheinungen hervorzurufen, sind also offenbar nur als nebensächliche Schmarotzer anzusehen. Ob sie allerdings stets harmlose Schmarotzer bleiben, möchte Verf. damit noch nicht behaupten und auch nicht auffordern, bei ähnlichen Erhebungen speziell in geschlossenen Anstalten sich in zu große Sicherheit zu wiegen. Ein plötzliches Manifestwerden bei irgend einem Kinde dürfte doch sehr im Bereich der Möglichkeit liegen, wie dies z. B. bei Ballin im Kinderasyl der Stadt Berlin der Fall war. Auch Ballin bezeichnet das Vorkommen von Diphtheriebazillen beim gewöhnlichen Schnupfen der Säuglinge als etwas Ungewöhnliches, mußte aber doch erleben, daß bei einigen Kindern Nasendiphtherien mit blutiger Sekretion und Exkoriationen auftraten, ja sogar daß zwei davon starben (absteigende Diphtherie im einen Fall, und Spuren von Belägen im Kehlkopfe des anderen zum Exitus gekommenen Falles). Recht hat er aber, wenn er sich gegen Neumann und Stooss wendet, die meinen, daß der positive Bazillenbefund im Sekret eines einfachen Schnupfens ohne Membranbildung dazu berechtigt, die Bazillen auch als deren Urheber anzusehen. Diese positiven Befunde sind aber offenbar ziemlich häufig (Schaps, Erich Müller) und die Virulenz der Bazillen in diesen Fällen wahrscheinlich herabgesetzt. Grätzer.

Ludwig Maier, Einfluß hygienischer Verhältnisse auf die Morbidität und Mortalität der Masernpneumonie. (Aus der Kgl. Universitäts-Kinderklinik München.) (Ebenda.) In dem Triennium 1906 mit 1908 starben 68 (=30,6 %) von den 222 auf der Masernabteilung obiger Klinik aufgenommenen Kindern. In dem Triennium 1910 mit 1912 betrug die Masernletalität nur 16,6 %, war also ungefähr auf die Hälfte abgesunken. Für die Sterblichkeit

an Masern sind die Komplikationen am Atmungssystem von der größten Bedeutung. Bedrohliche Komplikationen solcher Art, nämlich ausgedehnte Kapillärbronchitiden und Bronchopneumonien teils zirkumskripter, teils lobärer Natur, kamen in dem erstgenannten Triennium bei 36,9 %, in dem letztgenannten Triennium bei 20,7 % aller Kinder vor, und zwar waren sie zum Teil schon bei der Aufnahme vorhanden, zum anderen Teile sind sie erst während des Anstaltsaufenthaltes aufgetreten. Die durch solche Komplikationen verursachten Todesfälle machten 1906/1908 69,5 % der an Pneumonie erkrankten und 25,7 % aller aufgenommenen Kinder aus. Die entsprechenden Zahlen in dem Zeitraume 1910/1912 sind 56,0 % und 11,6 %. Es ist also die Letalität auf der Masernabteilung ungefähr auf die Hälfte herabgegangen und war diese Verminderung der Gesamtletalität hauptsächlich bedingt durch ein beträchtliches Absinken der Frequenz der so gefährlichen Komplikationen. Zum kleineren Teile ist dieses Absinken auch auf die verminderte Letalität der Pneumonien selbst zurückzuführen. Die Häufigkeit der gefährlichen Lungenkomplikationen zur Zeit der Einlieferung zeigt beim Vergleich der beiden Perioden keine so erhebliche Differenz.

Es hat nun interessiert, festzustellen, womit es zusammenhängen kann, daß sich neuerdings die Ergebnisse so viel günstiger gestaltet haben.

Die Ursache dafür muß in folgendem Umstande gesucht werden. Im Jahre 1909 wurden die Scharlach- und Masernabteilung des Dr. v. Haunerschen Kinderspitales gänzlich umgebaut; damit haben sich die Unterbringungsverhältnisse der Kinder, die sogenannten hygienischen Aufenthaltsbedingungen, von Grund aus geändert. Die alte Masernabteilung ist im Jahre 1891 als ein notdürftiges Provisorium in Form einer Baracke eingerichtet worden. Der Krankensaal war dunkel, dumpf, hatte hölzernen Fußboden, schmales Stiegenhaus und Treppe, keine Ventilation (beim Abbruch zeigte sich, daß die vorgesehenen Ventilationsschächte zwecks Ersparung von Heizmaterial vor Jahren gänzlich verlegt und unbrauchbar gemacht worden waren). Das Krankenzimmer, der Schwesternschlafraum, das Bad und das Klosett (!) bildeten einen gemeinsamen Raum, der nur in der unteren Hälfte durch mannshohe Monnierwände abgeteilt war. Der Neubau der Infektionsabteilung enthält hingegen ungemein lichte, luftige Räume, die an den gegenüberliegenden Längsseiten sehr große Fenster mit Oberlichten zur Ventilation besitzen. Der Boden hat Linoleumbelag mit Korkmentunterlage, Terrazzohohlkehlensockel; die Wände sind bis zur Höhe von 1,9 m mit Ölfarben-, darüber mit Kalkfarbenanstrich versehen. Die Nebenräume sind selbstverständlich vollständig abgetrennt und gleichfalls durchweg im Stile des modernen Krankenhausbaues gehalten. Im Krankenzimmer und Vorraum sind bequeme Wasch- und Desinfektionsgelegenheiten geschaffen; eine ausreichende Anzahl von Mänteln für das ärztliche und Pflegepersonal stehen auf getrennten Kleiderrechen zur Verfügung.

Es ist sicher, daß diese veränderten Unterbringungsverhältnisse von ausschlaggebender Bedeutung für die festgestellten Differenzen sind. Wenn die Möglichkeit einer derartigen Einflußnahme wohl auch

allseits angenommen wird, so schien es doch nicht ohne Bedeutung, sie einmal unter günstigen Bedingungen ziffernmäßig darzulegen und an dem vielleicht besonders geeigneten Exempel einer Kindermasernabteilung zu illustrieren. Die Ausführungen rechtfertigen nachträglich das seinerzeitige dringende Verlangen der Anstaltsleitung, eine gründliche Abhilfe gegen die ehemaligen unhaltbaren Zustände zu treffen, und sie zeigen, daß die aufgewandten Mittel Früchte getragen haben. Unter Fortdauer der früheren Verhältnisse wären 1910/12 um 68 Kinder mehr auf der Masernabteilung zum Opfer gefallen.

Grätzer.

Gastpar, Augenuntersuchungen bei Schulkindern. (Ebenda.) Angabe eines Apparates — Kombination des Cohnschen Täfelchen mit dem Prinzip der konstanten Beleuchtung —, der gleichmäßige Untersuchungsbedingungen schafft (Firma Stiefenhofer in München).

Grätzer.

Oskar Vulpius, Über die Arthrodese des Hüftgelenkes. (Ebenda.) Die von V. geübte Technik ist folgende:

Von dem Langenbeckschen Resektionsschnitt aus wird die Gelenkkapsel freigelegt und vom Schenkelhals bis zum Rand des Azetabulum gespalten. Unter Adduktionsstellung des Hüftgelenkes wird mit spitzem Skalpell oder mit dem Tenotom das Ligamentum teres durchschnitten. Nachdem der Kapselansatz am Schenkelhals genügend gelöst ist, gelingt die Luxation des Kopfes sehr leicht. Letzterer wird nun allseitig gründlichst angefrischt. Darauf wird die Pfanne mit großem, scharfem Löffel ihres Knorpelüberzuges vollständig beraubt. Mencière hat empfohlen, die entstandenen Knochen- bzw. Knorpelwundflächen mit konzentrierter Karbolsäure zu betupfen und mit absolutem Alkohol reichlich nachzuspülen. Er will hierdurch eine aseptische Entzündung erzielen und dadurch das Eintreten der Ankylose begünstigen. Verf.s Erfahrungen haben ihn gelehrt, daß diese Komplikation nicht nötig ist, wenn anders man die Anfrischung gründlich besorgt hat. Ist letzteres geschehen, so wird der Kopf reponiert. Irgendwelche Knochennaht wird nicht vorgenommen, sondern Kapsel, Muskulatur, Faszie und Haut in Etagen vernäht. Ein Gipsverband, der das ganze Bein und den Rumpf bis zum Rippenbogen umfaßt, stellt das Gelenk für 3—4 Monate fest. Es empfiehlt sich, als Stellung des Hüftgelenkes eine ganz leichte Abduktion und geringe Außenrotation zu wählen, weil gelegentlich Neigung zu Adduktions-und Innenrotationskontraktur beobachtet worden ist. Eine stärkere Abduktion ist zu vermeiden, weil sie zu scheinbarer Verlängerung des Beines und damit zu einer Gehstörung führen würde.

Das Ergebnis ist fast ausnahmslos eine sehr feste fibröse oder knöcherne Ankylose des Gelenkes. Die Funktion des Beines wird sehr erheblich gebessert: statt des früheren Vorschleuderns wird jetzt ein langsames Vorheben des Beines beim Gehen möglich. Das seitliche Einsinken des Beckens, das Trendelenburgsche Phänomen ist verschwunden. Die Körperlast wird von dem Bein ohne Schwierigkeit getragen. Der Patient ist imstande, in Rückenlage das Bein mehr und mehr von der Unterlage zu heben. Da dies auch in Fällen möglich wird, wo keine Spur von Psoasfunktion nachweisbar war, so muß die Elevation des Beines durch Beckenflexion, und zwar vor allem mit Hilfe der Bauchmuskeln, zustande kommen. Diese werden ganz in der gleichen Weise für ihre neue Aufgabe geübt, wie wir dies bei der Schultergürtelmuskulatur nach ausgeübter Schultergelenkarthrodese zu beobachten Gelegenheit haben. Trotz der Versteifung des Hüftgelenkes in Streckung oder ganz geringer Flexion ist der

Patient durch ausgiebige Kyphosierung der Lendenwirbelsäule imstande, zu sitzen.

Auf Grund seiner Erfahrungen möchte Verf. mindestens bei Fällen von doppelseitiger Hüftlähmung die Arthrodese des einen Gelenkes durchaus empfehlen und ist überzeugt, daß die Erfolge die Berechtigung der Hüftgelenkarthrodese mit der Zeit ebenso dartun werden, wie dies für das Schultergelenk der Fall ist. Ein Blick auf die beigegebenen drei Abbildungen überzeugt wohl besser und schneller von den erstaunlichen Erfolgen einer gelungenen Hüftarthrodese als die längste Beschreibung. Sie stammen von einem 10 Jahre alten Mädchen, welches wegen überaus schwerer Lähmung in Verf.s Behandlung kam. Das funktionelle Resultat der Hüftgelenkarthrodese, das den Bildern zu entnehmen ist, läßt in keiner Hinsicht zu wünschen übrig.

Grätzer.

S. Abel (Bergen), Jodbehandlung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebazillen. (Ther. d. Gegenw., Dez. 1913.) Verf. benützt das Jod zur Beseitigung von Diphtheriebazillen, aber in Dampfform, als Jod in statu nascendi. Jod ist ja ein starkes Protoplasmagift und wirkt energisch bakterientötend, es wird schnell durch die Schleimhäute resorbiert und wirkt auch in der Tiefe, indem es eine starke seröse Exsudation mit einer Massenauswanderung der Leukozyten sowohl in der Mukosa wie in der Submukosa hervorbringt. Diese letzte Wirkung ist zur Vernichtung der Bazillen durch die Phagozytose vielleicht von einer ebenso großen Bedeutung wie die rein keimtötende (vgl. das Verschwinden der Diphtheriebazillen bei den Rekonvaleszenten nach einer lakunären Angina).

Das Jod in statu nascendi verschafft sich Verf. durch Erhitzen von Jodoform. Jeder kann selbst den dazu nötigen, einfachen Apparat anfertigen; er besteht aus einer Kolbenflasche mit doppelt perforiertem Gummipfropfen für zwei gebogene Glasröhren, deren eine am Ende mit einem kleinen Gummiröhrchen und die andere mit einem gewöhnlichen Ballon versehen ist. Wenn die Flasche durch vorsichtiges Erhitzen über einer Spiritusflamme mit Joddämpfen gefüllt ist, bläst man durch die beiden Nasenlöcher und in den Pharynx, anfänglich vorsichtig, bei den späteren Sitzungen mehr energisch. Die Patienten schicken sich gern, um von ihren Bazillen befreit zu werden, in die mit der Behandlung verbundene Unannehmlichkeit, diese ist auch nicht größer, wie ungefähr jede andere Spezialbehandlung. Man wiederholt das Blasen zweimal täglich durch drei Tage, auch bei Kindern. Nach der Behandlung sieht man überall auf den Schleimhäuten eine gleichmäßige, bräunlich-violette Verfärbung von dem niedergeschlagenen Jod, mitunter, bei empfindlichen Patienten oder wenn die Behandlung eine sehr energische gewesen ist, ein oberflächliches weißes Häutchen (Nekrose des Epithels). Schluckbeschwerden können in seltenen Fällen zwingen, die Behandlung zu unterbrechen. Eine wirklich üble Folge sah Verf. aber von dieser Behandlungsweise ebensowenig wie Strauch von der systematischen Jodpinselung. Wenn die Behandlung sich erfolglos zeigen sollte, wiederholt man

dieselbe nach einigen Tagen. Die Meinung Strauchs, daß die Diphtheriebazillen in der Mehrzahl der Fälle nach drei Wochen ohne jede Behandlung verschwunden sind, kann Verf. durch vieljährige Erfahrung völlig bestätigen.

Im ganzen hat Verf. mit Joddampf 89 Patienten behandelt, die sämtlich ihre Diphtheriebazillen länger als drei Wochen beherbergt haben. Von diesen 89 sind 42 (47%) nach einer Tour, also nach dreitägiger Behandlung, bazillenfrei geworden, 28 (31,5%) nach 2 und 17 (20%) nach 3 Tagen. Bei 2 Patienten kein Erfolg.

Grätzer.

H. Roeder (Berlin), Zur Behandlung der Epilepsie im Kindesalter. (Ebenda.) Es handelt sich um ein Präparat Episan (Firma Episan-Berendsdorf, Berlin W 30, Motzstr. 60), eine mit Borax, Zinkoxyd und Baldriansäureamylester hergestellte Bromverbindung. Verf. resümiert, daß das Episan eine wesentliche Bereicherung unseres Arzneischatzes darstellt, die uns in den Stand setzt, den Epilepsiekranken und namentlich epileptisch kranke Kinder bei Vermeidung der mit der bisherigen Brombehandlung verbundenen störenden Nebenwirkungen und Komplikationen in leichterer Weise zu bessern und zu heilen, ferner selbst in den schwersten Erkrankungsfällen Zahl und Intensität der Anfälle auf ein Minimum zu beschränken und vor allem durch Aufheiterung ihres Gemütszustandes die Kranken schneller wieder dem Leben zurückzugewinnen.

Als Dosis empfiehlt Verf. für das Alter von 5 bis 10 Jahren zweimal täglich 1/2 Tablette, ansteigend bis zweimal täglich 1 Tablette, für Kinder im Alter von 11 bis 14 Jahren zwei- bis dreimal täglich 1/2 bis 1 Tablette je nach der Form und Schwere der Erkrankung. Jedenfalls ist es von Wichtigkeit, daß wir mit einem Drittel bzw. mit der Hälfte des bisher notwendig gewesenen Broms die gleichen und sogar bessere Resultate erzielen können, als mit den vorher notwendigen doppelt und dreifach so großen Brommengen. Es kommt hierdurch die für die Gehirntätigkeit, insbesondere für die psychischen Funktionen nachteilige Wirkung der bisherigen Brompräparate (Bromismus) vollständig in Fortfall.

Grätzer.

Hermann Putzig, Zur Frage der Sterblichkeit kranker Säuglinge in den ersten Tagen des Anstaltsaufenthalts. (Aus dem Kaiserin Auguste Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche.) (M. Kl. 1913 Nr. 39.) Verf. gibt folgende Zusammenfassung:

Aus vorstehender Zusammenstellung ergibt sich eine Reihe von wichtigen Tatsachen sowohl für die klinische Behandlung bald nach der Aufnahme als auch besonders für den die Kinder außerhalb der Anstalt behandelnden Arzt und für die Tätigkeit der Fürsorgestelle.

1. Diejenigen Krankheiten, die das Hauptkontingent der Todesfälle in den ersten drei Tagen des Aufenthalts in unserer Anstalt (vielleicht auch in anderen Säuglingskrankenhäusern) bilden, sind die akuten und chronischen Ernährungsstörungen, besonders in Kombination mit akuten parenteralen Infektionen.

2. Besonders gefährdet sind in dieser Beziehung die Säuglinge innerhalb des ersten Lebensvierteljahrs, die über 60% aller Todesfälle bald nach der Aufnahme bilden.

3. Diese Kinder kommen meist im Zustande höchster Atrophie („Dekomposition“) zur Aufnahme. Es ergibt sich daraus, wie auch Wichura hervorhebt, daß man die Hungerperiode solcher Kinder im Krankenhause möglichst abkürzen soll. Dazu werden aber nur Anstalten imstande sein, welche über Frauenmilch, in zweiter Linie Eiweißmilch und nach deren Prinzip zusammengesetzte Mischungen verfügen und deren Anwendungsweise beherrschen.

4. Fast ein Drittel dieser Kinder kommt mit Untertemperatur, man sollte deshalb die Untersuchungen usw. nach der Aufnahme auf das Notwendigste beschränken und zuerst versuchen, das Kind zu erwärmen.

5. Die größte Zahl von Todesfällen in den ersten Behandlungstagen sehen wir im Sommerhalbjahre, besonders im August. Es sollte deshalb gerade in dieser Zeit, soweit nicht ausreichende häusliche Pflege vorhanden ist, jeder schwerere Fall sofort in ein mit allen für sachgemäße Ernährung und Pflege notwendigen Erfordernissen ausgestattetes Säuglingskrankenhaus geschickt werden.

6. Frühgeburten, Zwillingskinder und spätgeborene Kinder aus sehr kinderreichen Familien sind als Individuen mit herabgesetzter Widerstandskraft zu betrachten.

7. Gleichfalls besonders gefährdet sind Kinder, die mit Tuberkulose belastet sind; ferner solche, bei denen wir eine Polyletalität unter den Geschwistern feststellen können, und weiter solche Kinder, die bereits vorher mannigfache Krankheiten durchgemacht haben.

8. Von neuem ergibt sich aus der Zusammenstellung der Wert der natürlichen Ernährung. Mit aller Macht müssen deshalb Arzt, Hebamme und Fürsorge darauf dringen, daß alle Kinder, besonders aber die oben als vorwiegend gefährdet geschilderten, möglichst lange an der Brust der Mutter bleiben.

9. Ein großer Teil der Kinder kommt ins Spital, nachdem die Krankheit schon lange bestanden hat und das Kind sehr geschwächt ist; deshalb soll der Arzt veranlassen, daß schwer erkrankte Kinder, besonders wenn sie in ihrer Resistenz durch einen der oben angeführten Umstände geschädigt erscheinen, womöglich sofort in sachgemäße Pflege kommen.

10 Viele Kinder sind vor ihrer Aufnahme nicht ärztlich behandelt, zum Teil vielleicht auch deshalb, weil die Mütter sich auf die offene Fürsorge verlassen. Deshalb muß die Fürsorge immer wieder darauf hinwirken, daß die Mütter sich nicht auf die wöchentlichen Besuche in der Fürsorge beschränken und in Erkrankungsfällen die in Merkblättern usw. ausgegebene Therapie einschlagen, sondern daß sie sofort beim ersten Krankheitszeichen zum Arzt gehen. In der heißen Zeit muß die Aufsicht der Fürsorgestelle verstärkt werden.

Wenn Ärzte und Fürsorgestellen die oben angeführten Gesichtspunkte in Betracht ziehen und so dazu beitragen, daß die vor der Anstaltsaufnahme liegenden Schädigungen und Fehler nach Möglich-

keit vermieden werden, dann wird es, sofern natürlich die klinische Behandlung entsprechend und schnell eingreift, sicher gelingen, die Sterblichkeit der Säuglinge in den ersten Tagen des Anstaltsaufenthalts und damit die der erkrankten Säuglinge überhaupt herabzumindern.

Grätzer.

Georg Müller (Berlin), Gibt es eine Schulskoliose? (Ebenda.) Da die Schule die kyphotische Stellung der Wirbelsäule gewissermaßen züchtet, ist sie als ein kausaler Faktor für eine große Reihe von Skoliosen anzusprechen, und wir werden nicht umhin können, solche Skoliosen Schulskoliosen zu nennen. Daß eine große Anzahl Kinder, welche vor dem Eintritt in die Schule keinerlei Wirbelsäulenanomalien aufwiesen, später kyphotisch und dann skoliotisch wurden, konnte unter anderen Taendler an seinem großen Material in den Charlottenburger Gemeindeschulen beobachten. Verf. hat seit vielen Jahren solchen Kindern, die gewohnheitsmäßig in der Schule kyphotisch saßen, auch dann, wenn die Haltung sich noch aktiv oder passiv ausgleichen ließ, also eine Kyphose sich noch nicht stabilisiert hatte, einen Gradehalter gegeben, und zwar aus rein empirischen Erwägungen. In fast allen seinen Fällen konnte er einer Skoliose vorbeugen. Freilich läßt sich der exakte Beweis dafür, daß die Skoliose durch den Gradehalter verhindert wurde, nicht erbringen, da immerhin die Möglichkeit, daß die Skoliose auch ohne Gradehalter nicht eingetreten wäre, nicht widerlegt werden kann, wohl aber verfügt Verf. über eine Anzahl von Beobachtungen an Kindern, die ihm wegen ihrer kyphotischen Schulhaltung ohne nachweisbare Skoliose gebracht wurden, deren Eltern oder Hausärzte aber das Tragen eines Gradehalters ablehnten, und die nach einigen Jahren dann mit deutlich nachweisbarer Skoliose wieder zugeführt wurden.

Wie berechtigt die prophylaktischen Maßnahmen waren, geht auch daraus hervor, daß das Allgemeinbefinden der Kinder sich lediglich unter Anwendung des Gradehalters ganz auffällig besserte. Die Atmung, die oft auf ein Minimum gesunken war, so daß bei tiefster Inspiration der Brustkorb sich nur um 1—2 cm weitete, besserte sich derartig, daß die Brustausdehnung bei Inspiration oft schon nach zwei Monaten um 3—4 cm zugenommen hatte. Freilich hat Verf. in den meisten Fällen auch systematisch Atmungsgymnastik verordnet. Kinder, die deutliche Zeichen von Sauerstoffhunger aufwiesen, wie blasse Gesichtsfarbe, mangelnde Konzentrationsfähigkeit beim Schulunterrichte, niedergeschlagenes, zum Weinen geneigtes Wesen, Appetitmangel, schlechte Verdauung usw., zeigten eine auffallende Veränderung in ihrem ganzen Wesen. Ihre Gesichtsfarbe wurde frischer, Appetit, Verdauung besserte sich, sie vermochten dem Schulunterrichte besser zu folgen, wurden fröhlicher und weniger empfindlich. Alle diese Veränderungen wurden von den Eltern meist ungefragt mitgeteilt, und dies alles ist ja auch ganz verständlich, wenn man bedenkt, daß Kinder mit kyphotischer Haltung meist nur ganz oberflächlich atmen und nur so viel Sauerstoff aufnehmen, um nicht geradezu zu ersticken, infolgedessen ihr Gehirn, Magen, Darm usw. so mangelhaft mit Sauerstoff versorgen, daß nahezu alle vitalen Funktionen darniederliegen und daß alle diese Organe sofort besser funk-

tionieren, sobald durch ausgiebigere Atmung eine bessere Sauerstoffzufuhr stattfindet. Ganz eklatant zeigte sich dieses bei einem zwölfjährigen Knaben, der bei einer kyphotischen Haltung nicht nur körperlich sehr heruntergekommen war, sondern an häufig wiederkehrenden Ohnmachtsanfällen litt. Nachdem ihm ein Gradehalter angelegt war besserte sich sein Allgemeinbefinden, und die Ohnmachtsanfälle blieben völlig aus und sind bis jetzt, nach $2^1/_2$jähriger Beobachtung, nicht wiedergekehrt. Als Gradehalter verwendet Verf. den Nyropschen Gradehalter in Verbindung mit den vom Verf. angegebenen Hüftbügeln. Grätzer.

E. Vollmer (Bad Kreuznach), Über Kinderheilstätten und Seehospize im Kampfe gegen die Tuberkulose. (Ebenda.)

1. Die Weiterentwicklung der Kinderfürsorge und speziell die Fürsorge der tuberkulosebedrohten Kinder muß intensiv betrieben werden.

2. Eine systematische Suche nach skrofulösen und initialtuberkulösen Kindern kann nur dadurch gelingen, daß auch auf dem Lande und in den kleineren Städten ganz allgemein Schulärzte angestellt werden.

3. Die von den Schulärzten ausfindig gemachten tuberkulösen und skrofulösen Kinder müssen den Fürsorgestellen für Tuberkulosebekämpfung bekanntgegeben werden, und diese müssen die Überweisung der Kinder in Kinderheilstätten organisieren.

4. Es wäre unzweckmäßig, einseitig die Seehospize als geeignet gegen die Skrofulose und gegen die Kindertuberkulose zu empfehlen. Jeder Klimawechsel erfüllt den Zweck. Die Hauptsache bleibt, daß die bedrohten Kinder erstens aus ihrer Umgebung einmal herausgeholt und zweitens durch eine ordentliche Anstaltspflege mit See- oder Solbädern, Wanderungen, Liegekuren gekräftigt und widerstandsfähiger gemacht werden. Grätzer.

R. Glitsch, Weitere Erfahrungen mit dem Peristaltik-Hormon (Zuelzer). (Boas Arch. 18. 1912 S. 466.) Das Mittel ist eine wichtige Bereicherung unseres Arzneischatzes. Seine Wirkungsweise besteht darin, daß es eine peristaltische Welle, beginnend am Duodenum und am Rektum endigend, auslöst. Worauf die Mißerfolge beruhen, ist nicht sicher festzustellen. Es ist nicht angängig, bei der Indikationsstellung zwischen spastischer und atonischer Obstipation zu unterscheiden, jedoch scheint die Hormonwirkung in einer Aktivierung der daniederliegenden physiologischen Darmtätigkeit zu bestehen. Fälle von mechanischer Darmokklusion sowie von zentralen Darmlähmungen sind von der Behandlung auszuschließen. Alle anderen Fälle von Obstipation sind ohne Rücksicht auf ihre Pathogenese eines Versuches wert. Notwendig daneben ist eine allgemeine physikalisch-diätetische Behandlung. Bezüglich der Dauerwirkung darf man sich nicht zu großen Hoffnungen hingeben. Bei genügender Dosierung, eventuell nochmaliger Einverleibung und sachgemäßer Behandlung darf man auf eine Wirkung bis zu $^1/_2$ Jahre rechnen. Die Fälle mit kürzerer Wirkungsdauer sind aber zahlreicher. Unangenehme Nebenwirkungen ernsterer Art wurden nicht beobachtet.

Nothmann.



Göz, Ein Fall von beiderseitiger Choanalatresie beim Neugeborenen. (Ztschr. f. Ohrhlk. 68. H. 1.) Den drei in der Literatur bekannten Fällen fügt Verf. einen vierten zu. Es betrifft das zweite Kind gesunder Eltern, das erste ist gesund. Das Kind konnte von Geburt an nicht durch die Nase atmen, es litt an Atemnot, die im Liegen stärker war als im Sitzen. Bei der Untersuchung bestand starke Dyspnoe auch bei geöffnetem Munde, dagegen bereitete das Trinken keine besonderen Schwierigkeiten. Eine eingeführte Nasensonde traf beiderseits in der Tiefe von etwa 3 cm auf einen festen Widerstand. Nach Kokain-Adrenalin-Pinselung konnte man rechts die verschließende Membran sehen. Die Behandlung bestand in der Durchbohrung beider knöcherner Lamellen mit einer Trephine und einer öfter vorgenommenen Dilatation dieser Öffnungen mit Zelluloidbougies. Die Atmung ist jetzt fast normal, es besteht keine Sekretion aus der Nase mehr, das Aussehen des Kindes ist sehr gut, die Gewichtszunahme regelmäßig. A. Sonntag (Berlin).

J. Kalkhof u. O. Ranke, Eine neue Chorea Huntington-Familie. (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.) 18. 1913 H. 2 u. 3.) Von 15 Kindern der II. Generation starben 10, darunter einmal Zwillinge; von den 5 aus erster Ehe der III. Generation 3. Von den 5 älter gewordenen Nachkommen der II. Generation starb der älteste an Chorea, der 3. und 4. zeigen sie bereits in ausgesprochenem Maße, der 2. und 5. noch nicht. Die bis jetzt von größeren Beschwerden freigebliebenen Glieder der II. Generation zeigen hier und da Erscheinungen, die zum mindesten als verdächtig anzusehen sind.

Wie bei vielen anderen vererbbaren Krankheiten läßt auch bei der Chorea Huntington die Widerstandskraft der befallenen Familie in der Deszendenz nach, die späteren Glieder erkranken früher und erliegen früher der Krankheit; so reinigt sich mit der Zeit die Familie selbst durch schonungslose Ausmerzung aller kranken Triebe.

Bei einem zum Exitus gekommenen Fall der Chorea Huntington-Familie konnte die Autopsie gemacht werden. Es handelte sich um einen im 53. Lebensjahre nach 12jähriger Krankheitsdauer an Pneumonie Verstorbenen; während der letzten ca. 3 Lebensjahre bestand typische Affektstörung und ausgesprochene Demenz. Die histologische Untersuchung ergab die auch sonst bei der chronischen familiären Chorea Huntingtons konstatierten diffusen degenerativen Veränderungen des Zentralnervensystems (Veränderungen der Nervenzellen, der Glia, der Gefäße, Nervenzellenausfälle) ohne besondere Lokalisation, ohne besonders weitgehende Atrophie, ohne speziellen Hinweis auf eine primär gestörte Differenzierung der Gewebselemente. Diese Veränderungen waren durch leichte, anscheinend frische entzündliche Erscheinungen speziell in der Pia mater kompliziert, die sich zwanglos auf den letzten fieberhaften Prozeß zurückführen lassen. Als überraschender Nebenbefund wurde eine Syringomyelie gefunden, die als ein vermutlicher Hinweis auf eine im Rückenmark lokalisierte Entwicklungsanomalie von Interesse ist. Kurt Mendel.

A. Schott, Psychiatrie und Fürsorgeerziehung in Württemberg. (Allg. Ztschr. f. Psych. 69. 1912 H. 4.) Verf. wünscht von irrenärztlicher Seite aus für Württemberg:

1. die Möglichkeit, das gesamte Fürsorgezöglingsmaterial psychiatrisch untersuchen und im Auge behalten zu können;

2. die Einrichtung von psychiatrischen Einführungs- und Fortbildungskursen für das Erziehungspersonal der Rettungsanstalten;

3. kriminalistische Einführungs- und Fortbildungskurse, geleitet von Strafvollzugsbeamten und Strafanstaltsärzten gemeinsam für Juristen, beamtete Ärzte und die Vorstände der Rettungsanstalten;

4. die Schaffung einer unter psychiatrischer Leitung stehenden Beobachtungsabteilung für Fürsorgezöglinge beiderlei Geschlechts.

Kurt Mendel.

Fisch (Basel), Über Nachteile der Säuglingsernährung in den Tropen durch homogenisierte Milch und deren Vermeidung. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg. 16. 1912 Nr. 7.) Verf. legt dar, daß das hier kurz geschilderte Verfahren des „Homogenisierens" der Konservenmilch — und tatsächlich wird, wie Verf. durch Anfrage bei den betreffenden Bezugsquellen feststellte, beinahe alle in tropische Länder zu versendende Milch homogenisiert — bei den mit jenen Michpräparaten ernährten Kindern mannigfache Gesundheitsstörungen zur Folge hat. Besonders üble Erfahrungen machte er in dieser Beziehung an der afrikanischen Goldküste. Dort sah er bei den auf jene Art ernährten Säuglingen Wachstumsstörungen, welche sich zumeist in Stabilbleiben des Körpergewichtes dokumentierten, ferner Hautekzeme, die den ausgesprochenen Charakter der durch Verdauungskrankheiten hervorgerufenen Hautaffektionen trugen, endlich mehr oder minder ausgesprochene Zeichen von Barlowscher Krankheit. Mögen diese Schädigungen nun ihren Grund haben in einer durch den Prozeß des Homogenisierens bewirkten feinsten Verteilung des Fettes, welches nunmehr von der kindlichen Darmschleimhaut zu leicht und in zu großer Menge aufgenommen wird, oder mag hier eine Veränderung des Kaseins mitspielen, da die Homogenisation denn doch ein recht gewaltsames Eingreifen in den Chemismus der Milch darstellt; in jedem Falle müssen alle diese Schädlichkeiten aus der Nahrung des in heißen Ländern ohnehin so vielen Gefahren ausgesetzten Kindes ausgeschaltet werden. Nun hat die Staldener Alpenmilchgesellschaft für solche Kinder, welche an Intoleranz gegen Fett leiden, eine Magermilch präpariert, die das Fett nur mehr in Spuren: zu 0,1—0,5 $^0/_0$, enthält. Weil indessen für gesunde Säuglinge eine mehr der normalen Milch ähnelnde Konserve am Platze scheint, so bringt jene Kompagnie neuerdings eine nichthomogenisierte Naturmilch in kleinen Büchsen von 300 g Inhalt in den Handel. Das unbedeutende Ausbuttern eines derartigen Milchpräparates dürfte keine nachteiligen Folgen haben. Denn das ausgebutterte Milchfett läßt sich ohne Schaden für die Ernährung des Säuglings abschöpfen, und es bleibt doch noch Fett genug in der Milch zurück. Diese nichthomogenisierte Naturmilch dürfte sich weit besser zur Säuglingsnahrung in den Tropen eignen, als die durch die Homogenisation gewaltsam veränderte Milch. Verf. ersucht alle die Kollegen, denen die Überwachung der Ernährung europäischer Kinder

in warmen Ländern obliegt, Versuche mit jenen Staldener Alpenmilchkonserven zu machen und ihm über ihre Erfolge Bericht zu erstatten. Kronecker (Berlin-Steglitz).

Brückner u. **Clemenz,** Über Idiotie und Syphilis. (Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns 5. 1911.) Die Verff. haben, ausgehend von der Beobachtung, daß bei angeborener Syphilis die Wassermannsche Reaktion mit den Jahren nicht selten zu verschwinden scheint, aus dem Material der Alsterdorfer Anstalten sämtliche unter 10 Jahren alten Kranken — im ganzen 138 — auf Wassermann untersucht.

Davon waren schon sechs als positiv zu bezeichnen, also 4,3 %, während sich die Angaben der Autoren zwischen 14,4 bis 1,5 % bei Idioten überhaupt bewegen.

Gelegentlich dieser Untersuchungen wurde konstatiert, daß von 16 über 10 Jahre alten Fällen, die vor zwei Jahren positiv waren, diesmal 8 negativ reagierten.

Alle Untersuchungen wurden mit zwei alkoholischen Menschenherzextrakten vorgenommen, die an über 100 Seren ausprobiert waren.

Die Verff. schließen hieraus, daß:

1. einmalige serologische Untersuchungen für die Bewertung der ursächlichen Beziehungen zwischen Syphilis und Idiotie zu niedrige Ziffern geben, und daß

2. die Untersuchungen, um einigermaßen brauchbare Zahlen zu ergeben, so früh wie möglich vorgenommen werden müssen, wobei unter Umständen statt der Venaepunktion die Anwendung von Skarifikation und Saugglocke sich empfiehlt.

Nur drei unter den 138 Kindern zeigten kongenital luetische Stigmata.

Bei Lumbalpunktion jugendlicher Idioten ist besondere Vorsicht am Platze, da trotz des häufig sehr hohen Druckes wiederholt sehr unangenehme Folgezustände beobachtet wurden.

Eine genaue serologische Untersuchung auch der Familienmitglieder ist anzustreben. K. Boas.

A. Rennes (Köln a. Rh.), Die Ätiologie der Chorea minor. (Inaug.-Diss. Berlin 1911.) Der Arbeit liegen 136 Fälle von Chorea aus der ehemals Ziehenschen Klinik zugrunde. Davon waren 29 männlich, 107 weiblich (1:3,6). Die meisten Erkrankungen fielen in das Alter von 6—15 Jahren und von ihnen wieder die Mehrzahl in die Periode von 6—10. Vor dem 6. Jahre ist die Chorea seltener, ebenso nimmt sie oberhalb des 17. Jahres beim männlichen Geschlechte ab, beim weiblichen hingegen weniger. In 3 Fällen fand Verf. Heredität (einmal väterlicherseits zweimal mütterlicherseits). In 6 Fällen litten Geschwister an Chorea ebensooft bei entfernteren Aszendenten (Cousine, Nichte, Tochter des Bruders, Schwester der Mutter). In einem Falle fand sich in einer Familie gehäuftes Vorkommen. In 6 Fällen bestand rheumatische Belastung. In 66 Fällen bestand eine erbliche neuropathische Belastung irgendwelcher Art, wie Enuresis nocturna (2mal), Kopfschmerzen (13mal), Krämpfe (8mal), darunter Zahnkrämpfe (3mal), krampfähnliche Zustände (2mal), Krämpfe im hohen Alter

mit Verdacht auf Epilepsie (2mal). In je einem Falle lag Asphyxie bzw. anomale Geburt vor. In 14 Fällen war Rachitis erwähnt, in 11 Fällen, davon 10 weiblichen, Anämie. In einem Falle war die Anämie die unmittelbare Ursache eines Chorearezidivs. In anderen Fällen bestand Skrofulose in den mannigfachsten Formen, ferner Degenerationszeichen verschiedenster Art (in einem Falle eine Ranula). In 6 Fällen war eine Commotio cerebri nachzuweisen. In 2 Fällen bestand sehr wahrscheinlich eine Lues congenita. In den meisten Fällen war eine psychopathische Konstitution nachweisbar. In drei näher geschilderten Fällen handelte es sich um eine hysterische Chorea.

K. Boas.

Josef Frick, Untersuchungen über den Einfluß der Leukozytenzahl und der Entzündungsprodukte auf die Reaktion der Milch. (Inaug.-Dissert. Stuttgart 1913.) Für Kolostralmilch ergibt sich gegenüber Lackmuspapier eine saure Reaktion, entsprechend ihren hohen Säuregraden, daran ändert auch der große Leukozytengehalt wie das Vorkommen von Serum in derselben nichts.

Bei altmelker Milch muß unterschieden werden zwischen altmelker Milch trächtiger und nichtträchtiger Tiere. Für erstere sind die alkalische Reaktion und verminderte Säuregrade sowie höherer Leukozytengehalt festgestellt. Altmelke Milch nichtträchtiger Tiere behält sehr lange normale Beschaffenheit.

Bei Mastitismilch sind alkalische Reaktion bzw. verminderte Säuregrade des pathologischen Sekrets in den meisten Fällen zu beobachten. Bei akuten Erkrankungen findet man jedoch zunächst eine Vermehrung der Säuregrade entsprechend der Säureproduktion seitens der Mastitisbakterien, die aber allmählich umschlägt und zur Verminderung der Säuregrade und schließlich zur alkalischen Reaktion führt.

In der Mehrzahl der Fälle findet sich ein Parallelismus zwischen Leukozytenmenge und Anzahl der Bakterien.

Im allgemeinen kann man behaupten, daß die Säuregrade um so niedriger werden, je größer die Leukozytenmenge ist; es kommen jedoch auch hier Ausnahmen vor.

Milch mit alkalischer Reaktion oder verminderten Säuregraden ist immer verdächtig; entweder handelt es sich um pathologische Milch oder solche aus dem Endstadium der Laktation.

Die Methode Hoybergs ist zur Ermittlung von pathologischer Milch für die praktische Milchkontrolle unbrauchbar.

In ein- und demselben Euter zeigt bei Euterentzündung die Milch der verschiedenen Viertel oft verschiedene Reaktion bzw. verschiedene Säuregrade.

Von den angewandten Untersuchungsmethoden hat sich als am geeignetsten, wenn auch nicht als absolut zuverlässig die Trommsdorffsche Milchleukozytenprobe erwiesen.

Bei alleiniger Prüfung der Milch mit Lackmuspapier oder bei Titration ist die Möglichkeit vorhanden, daß ein pathologisches Sekret als normal angesehen wird; denn auch pathologische Milch kann einmal normale Reaktion gegen Lackmus und normale Säuregrade zeigen. Eine Norm, bei welchem Säuregrad die Milch als pathologisch

zu betrachten ist, läßt sich aus dem angeführten Material nicht ableiten; Verf. bezweifelt, daß eine solche überhaupt gefunden werden kann. K. Boas.

M. Benecke, Die Bedeutung einzelner Merkmale zur Altersbestimmung des neugeborenen Kindes. (Inaug.-Diss. Leipzig 1913.) Es kommt dem Zahlenverhältnis von Kopf- und Schulterumfang zwar eine, aber eine sehr beschränkte Bedeutung zu, wenn es sich darum handelt, daraus Schlüsse auf den Entwicklungsgrad des Kindes zu ziehen. Die von altersher als die konstantesten Zeichen zur Altersbestimmung einer Leibesfrucht anerkannten Kriterien können durch die Beachtung dieses Materials nicht in den Schatten gestellt werden. Nach wie vor bleibt die Länge das konstanteste Zeichen, nächst ihr darf das Gewicht zur Geltung kommen. Verwertbar wird natürlich auch das Verhältnis von Kopf- und Schulterumfang sein, aber nur im Verein mit den anderen Charakteristika der Reife bzw. Unreife. Harmoniert es mit ihnen, so ist daraus eine Bestätigung für das Urteil des Verf. zu entnehmen; steht es mit ihnen im Widerspruch, kann es dasselbe nicht umstoßen und hat dann für die Beurteilung eines Falles gar keinen Wert. K. Boas.

S. Bernhard, Osmotischer Druck und Eiweißgehalt des Blutes alimentär intoxizierter Säuglinge. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1913.) Eine Erhöhung des refraktometrischen Wertes ist bei Intoxikationen die Regel und hat besondere Beziehungen zu den Gewichtsstürzen. Eine Erhöhung des osmotischen Druckes ist für den toxischen Zustand nicht obligatorisch. Sie findet sich häufig sowohl bei alimentären als bei sekundär nach Infektion entstandenen Intoxikationen und ist als Ausdruck einer der Salzausscheidung überlegenen Wasserausscheidung zu betrachten. Niedrige Werte mit einem im Verlauf der Intoxikation erfolgenden Anstieg müssen als Äußerung einer der Wasserausscheidung vorauseilenden Salzausschwemmung aufgefaßt werden. K. Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Viktor Kienast und **Otto Frankfurter** Ein Fall von Spondylitis cervicalis, durch Sonnenbestrahlung geheilt. (Aus dem Sanatorium Grimmenstein.) (W. m. W. 1913 Nr. 33.) Im Laufe der letzten zwei Jahre wurden im Sanatorium Grimmenstein etwa 70 Fälle von Tuberkulose der Knochen, Gelenke und Drüsen mittels Sonnenbestrahlung behandelt, und es ist die erfreuliche Tatsache zu konstatieren, daß die Erfolge ganz ausgezeichnet genannt werden können. Es sei nur kurz erwähnt, daß von den Patienten, welche sich länger als drei Wochen in der Anstalt aufhielten, 90 % positive Resultate der Behandlung aufzuweisen hatten. Aus diesem Material, das auch in den Einzelheiten die einwandfreie Durchführbarkeit der Heliotherapie im Mittelgebirge zur Genüge dartut, wollen Verff. nur einen Fall herausheben, der sowohl durch die Schwere der Erschei-

nungen als auch durch den raschen Heilungsverlauf allgemeineres Interesse beanspruchen darf.

Es handelt sich um einen Fall von Spondylitis cervicalis, der noch zur Zeit, als die Patientin in die Anstalt aufgenommen wurde, gewisse Zeichen von Progredienz erkennen ließ. Innerhalb von vier Monaten gelang es nicht nur, ein Stationärbleiben der Erkrankung zu erzielen, sondern es traten auch die ersten Zeichen einer wesentlichen Besserung in Erscheinung. Zwei Monate später waren sämtliche schweren Symptome behoben und die Kranke in vollster Rekonvaleszenz.

M. P., 15 Jahre alt, gut entwickeltes, jedoch etwas unterernährtes Mädchen, begann im April 1911 bei stärkeren Körperbewegungen sowie beim Tragen leichter Gegenstände in der Gegend der obersten Brustwirbel Schmerzen zu verspüren, welche nach beiden Seiten in die Schultern ausstrahlten. Im Juli desselben Jahres trat eine leichte Schwellung an der Wirbelsäule hervor, und die Schmerzen hatten sich inzwischen so sehr verstärkt, daß selbst das Liegen und das Atmen Schmerzen verursachten. Ein entsprechendes Mieder sowie eine improvisierte Freiluftliegekur brachten etwas Besserung und eine geringe Körpergewichtszunahme, die jedoch nur bis Oktober anhielten. Eine Korrektur des Korsetts blieb ohne Erfolg, die Gibbosität trat immer stärker hervor, das Gehen wurde nicht nur schmerzhafter, sondern auch dadurch beschwerlicher, daß das rechte Bein nachgeschleppt wurde. In diesem Moment übernahm Kienast die Behandlung des Mädchens; ihm erschien der Fall für eine tunlichst rasch einsetzende Sonnenbehandlung besonders geeignet, vorausgesetzt natürlich, daß vorher alle zweckentsprechenden Vorkehrungen zur Immobilisierung und Stütze der erkrankten Wirbelsäulenpartie getroffen würden. Trotz der sofortigen Einleitung der vorerwähnten Maßregeln nahm die Lähmung der Beine jedoch rapid zu, so zwar, daß 14 Tage später das rechte Bein vollständig, das linke nahezu gelähmt war.

Da nun mittlerweile ein neues Stützkorsett mit Kopfstütze zum Sitzen bei Tage und ein Aluminiumbett zum Liegen bei Nacht fertiggestellt wurden, war die Kranke so weit transportfähig gemacht, daß sie am 17. Dezember im Sanatorium Grimmenstein aufgenommen werden konnte.

Es zeigte sich damals ein den obersten Anteil der Brustwirbelsäule umfassender Gibbus, dessen Spitze der zweite Brustwirbel bildete und der auf Druck nicht schmerzhaft war. Die Motilität der oberen Extremitäten war normal, das rechte Bein aktiv fast unbeweglich (bloß das Knie konnte leicht gebeugt werden), und auch passiv ließen sich wegen der bestehenden Spasmen bloß ganz geringe Exkursionen ausführen. Die linke Unterextremität konnte im Knie- und Hüftgelenk, jedoch nicht im Sprunggelenk aktiv bewegt werden, passiv war ebenfalls eine wesentliche Einschränkung der Exkursionsfähigkeit zu beobachten. Kopf und Rumpf konnten nicht frei gehalten werden.

Die Sensibilität war an der vorderen Körperseite vom Rippenbogen abwärts deutlich herabgesetzt, weniger deutlich an der Rückseite. Die Patellarreflexe waren beiderseits gesteigert, und zwar links mehr als rechts, die Füße kalt und zyanotisch.

Im Laufe der ersten zwei Wochen ging auch die Motilität des linken Beines so weit zurück, daß eine aktive Beweglichkeit, ebenso wie rechts, nahezu gänzlich aufhörte. Am 1. Januar wurde mit einer Sonnenbestrahlung der erkrankten Wirbelpartie durch ein Fenster im Mieder begonnen, und zweimal wöchentlich wurden Bäder mit Darkauer Jodsalz verabreicht. Außerdem wurden passive Bewegungsübungen an beiden unteren Extremitäten eingeleitet, die jedoch anfangs sehr heftige Spasmen auslösten. Schon nach etwa zwei Monaten zeigte sich der Beginn einer schwachen aktiven Beweglichkeit des linken Beines; die der Sonne ausgesetzte Rückenpartie wies eine sehr starke Pigmentierung auf, und das Körpergewicht hatte sich um 5 kg gehoben. Ende März 1912 mußte wegen weiterer Gewichtszunahme ein neues Mieder angeschafft werden, wobei Sorge getragen wurde, daß das die Sonnenbestrahlung ermöglichende Fenster größer werde, so zwar, daß es vom letzten Hals- bis zum fünften Brustwirbel reichte. Mitte April konnte das linke Bein im Sitzen leicht gebeugt und fast bis zur Horizontale erhoben werden, rechts war die Motilität noch gering. Zwei Wochen später konnte die Patientin bereits mit einer Stütze, jedoch nur kurze Zeit, stehen. Im Laufe des Monats

Juni wurden zuerst ein kurz dauerndes Freistehen, später auch einige Schritte an der Hand der Pflegerin möglich, der Gang war jedoch noch deutlich spastisch. Anfang Juli ging Patientin allein ohne Stütze. In den ersten Tagen des August konnte sie bereits vollkommen normal 15 bis 20 Minuten ohne Ermüdung stehen.

Aus kosmetischen Gründen wurde zu dieser Zeit versucht, die Gibbosität durch Suspension und durch Kompression im Liegen zu verkleinern; wiewohl jedoch der Gibbus damals noch leicht federte, konnte mit diesen mechanischen, lange Zeit fortgesetzten Mitteln keine nennenswerte Änderung mehr erreicht werden.

Am 7. Dezember 1912 wurde die Patientin, welche inzwischen insgesamt über 12 kg an Gewicht zugenommen hatte und vollkommen beschwerdefrei war, für kurze Zeit nach Hause entlassen.

Am 10. Februar 1913 kehrte sie wieder in die Anstalt zurück und verblieb noch bis Ende April daselbst. Am 29. April konnte folgender Status aufgenommen werden:

Gibbuswinkel ca. 150°, keine Druckempfindlichkeit, kein Federn, Motilität vollkommen frei, Sensibilität für mechanische und thermische Reize beiderseits gleich und normal. Patellarsehnenreflexe beiderseits leicht, jedoch gleichmäßig gesteigert, kein Fußklonus. Hautfarbe der unteren Extremitäten normal, sie fühlen sich normal warm an. Ebenso ist auch der Temperaturverlauf ein vollkommen normaler. Patientin wird geheilt entlassen, doch trägt sie vorsichtshalber noch während einiger Stunden des Tages ein sehr leichtes Stützkorsett.

Es erscheint bemerkenswert und für die Wirksamkeit der Sonnenbestrahlung charakteristisch, daß in relativ so kurzer Zeit nicht nur, wie auch radiologisch nachgewiesen wurde, die anatomischen Veränderungen am Knochen zur Ausheilung gelangten, sondern daß auch die Kompressionserscheinungen des Rückenmarks, die Störungen der Motilität und Sensibilität so vollständig geschwunden sind.

Grätzer.

Franz Fremel, Stottern und Fazialisphänomen. (Aus dem sprachärztlichen Ambulatorium der k. k. Universitäts-Ohrenklinik.) (Ebenda.) 1. Das Fazialisphänomen ist Symptom sowohl der spasmophilen Diathese als auch der neuropathischen Konstitution.

2. Der hohe Prozentsatz des isolierten Fazialisphänomens bei Stotterern spricht für die psychogene Ätiologie des Stotterns.

3. Das Fazialisphänomen ist neben dem Nasenflügelsymptom ein wichtiges Frühsymptom des Stotterns.

4. Das Fazialisphänomen ist von prophylaktischer schulhygienischer Bedeutung. Grätzer.

Collatino Cantieri, Über die Cholesterinbehandlung eines Falles von Anaemia splenica des Kindesalters. (Aus der pädiatrischen Klinik der Kgl. Universität in Siena.) (W. kl. W. 1913 Nr. 48.) Es wurde von Serono der Olein- und Palmitinäther des Cholesterins dargestellt, in Mandelöl gelöst und unter der Bezeichnung „Coleolo“ in Phiolen von je 1 cm³ in den Handel gebracht.

Das 11 Monate alte Kind erhielt 23 Injektionen à 0,05 — mit sehr befriedigendem Erfolge. Grätzer.

Wilhelm Spät, Der Zellbefund der Meningitis. (Aus der inneren Abteilung des Werksspitals der Prager Eisen-Industrie-Gesellschaft in Kladno.) (Prag. m. W. 1913 Nr. 47.) Zwei Fälle von Meningitis, eine epidemica und eine pneumococcica, bei denen der Liquor während der ganzen Dauer der Krankheit hauptsächlich mononukleäre



Lymphozyten enthielt, während normalerweise die polynukleären Leukozyten das Bild beherrschen.

Diese Fälle zeigen, daß es nicht angeht, aus dem Zellbefunde der Zerebrospinalflüssigkeit eine ätiologische Diagnose der Meningitis zu stellen. Der Charakter der vorgefundenen Zellen weist bloß auf den akuten oder chronischen Verlauf hin, die Feststellung der Erregers kann nur durch die bakteriologische Untersuchung erbracht werden.

Grätzer.

Ernst Kraupa, Verletzung des Auges durch Klettenstacheln. (Aus der k. k. deutschen Universitäts-Augenklinik zu Prag.) (Ebenda.) Der 10jährige Knabe war mit „Kletten" beworfen worden. Die Lider des rechten Auges waren krampfhaft geschlossen, geschwollen, die ganze Bindehaut intensiv gerötet, in der oberen Übergangsfalte prall wulstförmig infiltriert. An der oberen Tarsalbindehaut fanden sich kleinste, punktförmige Infiltrate, in welchen ebenso wie in der übrigen Bindehaut mit der Lupe (10fache Vergrößerung) fast farblose, gelblich durchscheinende, wie Haare über der Bindehautfläche prominente Gebilde gesehen wurden. Etwas mehr prominierende Gebilde dieser Art staken in der unteren Übergangsfalte und der Unterlidbindehaut. Das linke Auge war vollkommen normal; der Lidkrampf nur reflektorisch ausgelöst.

Die Entfernung der Stacheln gestaltete sich ungemein schwierig, einerseits weil sie nur schwer zu Gesicht zu bekommen waren, anderseits weil sie beim Fassen mit der Pinzette ausglitten. In Kokainanästhesie gelang es jedoch, in mühevoller, fast einstündiger Arbeit etwa 20 Stacheln zu entfernen.

Die Behandlung erfolgte weiterhin mit Ausspülung des Bindehautsackes und Salbenverband, worauf Bindehautentzündung und Hornhauterosion spurlos abheilten. Zwei Pusteln in der Haut des Unterlides nahe dem medialen Lidwinkel, die in den nächsten Tagen aufgetreten waren, enthielten gleichfalls je einen Klettenstachel und heilten nach Entfernung der Stacheln ab.

Die Entfernung der Fremdkörper hat auf das sorgfältigste zu erfolgen.

In den Bindehautsack wird eine schwach antiseptische Salbe, am besten 2% Noviformsalbe, die sich im Gebrauche an unserer Klinik recht gut bewährt hat, eingestrichen, worauf die feinen Wunden der Bindehaut und eine allfällige Hornhauterosion unter Verband glatt abheilen.

Zur Verhütung einer sekundären Infektion empfiehlt sich wohl, den Bindehautsack vorher mit Hydrarg. oxycyanat. (1:5000) auszuspülen.

Grätzer.

Archibald Smith und **C. S. Mc Kee,** Gonococcal urethritis in a boy aged 17 months. (Brit. med. Journ. 1913 26. April, p. 878.) Bei der Untersuchung des an einer Störung der Harnentleerung leidenden 17monatigen Knaben fand sich eine geringe Rötung des Präputiums, das übrigens vollständig zurückgebracht werden konnte. Die daraufhin vorgeschlagene Zirkumzision wurde abgelehnt. Nach 10 Tagen dieselben Störungen; man verzeichnete eine lokale Ver-

schlimmerung in Form einer typischen Balanitis. Die dringlich gewordene Zirkumzision wurde am nächsten Tage ausgeführt. 4 Tage danach erschien ein Ausfluß aus der Harnröhre, in dem Gonokokken nachgewiesen wurden. Unter Anwendung von Argentum colloidale verschwand der Ausfluß, nach einem leichten Rückfall, in einigen Tagen.

Fälle derart sind äußerst selten, und die Auffindung der Ursache ist oft schwierig.

Im gegebenen Fall hatten nur Mutter und Pflegerin mit dem Kinde zu tun. Die Eltern waren nicht infiziert, die Pflegerin, eine respektable Frau, war seit drei Jahren Witwe, ihr Mann 6 Monate nach der Verheiratung an „Rheumatismus" gestorben. Die Pflegerin hatte zugestandenermaßen das Kind zur Beruhigung zu sich ins Bett genommen.

Die Verff. halten es für wahrscheinlich, daß hierin die Ursache der Infektion zu suchen ist. H. Netter (Pforzheim).

Eugène Sust, A propos des accidents anaphylactiques provoqués par le lait de vache (Zur Frage der durch Kuhmilch hervorgerufenen anaphylaktischen Erscheinungen). (Revue belge de Puériculture 1913 Nr. 2. 25. Jan.) Mitteilung von zwei Fällen von Spasmus glottidis, die als Ausdruck einer Anaphylaxie gegen Kuhmilch gedeutet werden:

Ein mit Kuhmilch ernährter, 6 Monate alter Säugling bekommt seit zwei Wochen Anfälle von Konvulsionen bzw. Spasmus glottidis (bis 20mal in 24 Stunden). Die auf Wasserdiät aussetzenden Anfälle kehren am nächsten Tage mit der Verabreichung von Kuhmilch sogleich wieder. Nun Ernährung mit Buttermilch. Von da ab völliges Verschwinden der Anfälle. Einen Monat später statt einer Buttermilchmahlzeit bei völligem Wohlbefinden eine mit einem Eßlöffel Kuhmilch versetzte Mehlsuppe. Wenige Augenblicke danach ein neuer Anfall von spasmodischer Apnoe, länger als die früheren und von mittlerer Stärke. Drei Monate später ein neuer Versuch — fast sofort von neuen alarmierenden Symptomen gefolgt. Nun Aussetzen der Milch während eines Jahres, und wieder bekommt das Kind Glottisspasmus „dès les premières gorgées de lait absorbées". Dann unterbleibt lange Zeit jeder weitere Versuch mit Kuhmilch. Zwei Jahre später erst sah Verf. das Kind, das sich inzwischen ungestört entwickelt hatte, wieder und erfuhr von der Mutter, daß seit einem Aufenthalt an der See, während dessen man Milch gegeben hatte, diese vollkommen vertragen wurde, das Kind ungestraft Milch genießen konnte.

Im zweiten Fall, der einen $5^1/_2$monatigen Säugling betrifft, verschwanden die seit mehr als drei Wochen bestehenden Anfälle von Glottiskrampf „wie von einem Zauberstab berührt" auf Buttermilch, um nicht wiederzukehren. Vakzination verlief ungestört.

H. Netter (Pforzheim).

G. Paul Boncour, L'asthénie psycho-motrice constitutionnelle infantile. Asthénie et neurasthénie chez l'enfant. (La Pathologie infantile 1913 September.) Verf., Chefarzt des

mediko-pädagogischen Instituts in Vitry bei Paris, gibt uns die Krankengeschichte eines 13jährigen Knaben. Einer der besten Pädiater hatte den Knaben ein Jahr vorher untersucht und bei ihm einen Anfall von Neurasthenie diagnostiziert. Der aufgestellte Behandlungsplan wurde auf das gewissenhafteste durchgeführt, ohne jegliche Besserung, und auch eine psychotherapeutische Behandlung, bei einem zweiten Besuch angeordnet, hatte den Kranken stark erschöpft. Das Wesentliche des Zustandes charakterisiert Verf. als geistiges Zurückgebliebensein mit allgemeiner Mattigkeit, mit intellektueller und muskulärer Apathie, mit Muskelschwäche bei Fehlen jeglicher Gemütsbewegung. Hierdurch wird ein Symptombild von psychomotorischer Asthenie hervorgebracht, das sich von Neurasthenie durchaus unterscheidet.

Mit Jean Philippe charakterisiert der Verf. diesen asthenischen Typus dahin: Ein aufmerksames Studium solcher Kinder weist ihre nervöse Schwäche nach, die vor allem in einer fast völligen geistigen Trägheit besteht, die häufig mit einer nicht weniger völligen Atonie verbunden ist. Was bei solchen Kranken vorherrscht, das ist die tiefe Inaktivität aller psychischen Funktionen; ihre Aufmerksamkeit kann sich nicht betätigen, sie kann weder konzentriert noch konzentriert erhalten werden, nicht weil sie ständig das Objekt wechselt wie bei der Instabilität, sie ist vielmehr unfähig zu längerem Fixiertbleiben, jede Fixation führt sofort zur Ermüdung durch schnelle und dauernde Erschöpfung.

Gerade wegen dieser zerebralen Impotenz hört ihre Aufmerksamkeit auf, sich für längere Zeit fixieren zu lassen, und mit Vorliebe spontan die Perioden des Untätigseins. Das ganze Individuum empfindet ein ständiges Bedürfnis nach Ruhe, und deshalb gefallen sich die Astheniker in einer ständigen Apathie, in der Klasse, beim Spiel, in der Familie, in den Ferien, überall und immer. Das Gesetz der geringsten Anstrengung regelt all ihre Handlungen; sie fühlen, daß sie nur zu wenigem fähig sind, und schonen sich. Die geistige Zurückgebliebenheit, die häufig mit der Instabilität zusammen ist, wird noch viel häufiger in Gesellschaft der Asthenie getroffen. Es ist auch ganz natürlich, daß stets ruhebedürftige Fähigkeiten sich langsam und schlecht entwickeln. H. Netter (Pforzheim).

Nicod, Le traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little. (Revue méd. de la Suisse Romande 1911 Nr. 8.) Verf. bespricht in ausführlicher Weise die Therapie der Littleschen Krankheit unter besonderer Berücksichtigung der chirurgischen und orthopädischen Methoden (Tenotonie, Transplantationen und Verlängerungen, Sehnenverlängerungen, Sehnenverkürzungen, Osteotomie, Neurektomie und Nervenplastik, Kraniotomie, hintere Radikotomie) und der Prognose. Seine eigenen Erfahrungen berufen sich auf 8 Fälle, davon sechs dem spinalen Typus und zwei dem zerbrospinalen Typus angehörig. In den beiden letzteren Fällen hat Verf. trotz monatelanger Behandlung keine wesentliche Besserung erzielt. Die sechs anderen haben sich unter kombiniert chirurgisch-orthopädischer Behandlung gebessert. In zwei Fällen davon, die ab-

gebildet werden, war der Erfolg ein vorzüglicher, in den übrigen vier Fällen ein befriedigender. K. Boas (Straßburg i. E.).

A. Hoch, Review of Bleulers schizophrenia. (Review of neurology and psychiatry 10. 1912 Nr. 6.) Ausführliche Analyse und Kritik des Bleulerschen Schizophreniebegriffes, wie ihn dieser Autor in seiner kürzlich erschienenen Abhandlung „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien" in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie dargestellt hat. Zu kurzer Besprechung sind die Ausführungen an dieser Stelle nicht geeignet. K. Boas (Straßburg).

L. Marchand, Rapports des convulsions infantiles avec l'épilepsie. (Gazette des hopit. 1912 Nr. 86.) Viele Kinder mit Konvulsionen in der Kindheit werden nicht epileptisch, und zahlreiche Epileptiker hatten in der Kindheit keine Krämpfe. Zu kindlichen Konvulsionen können führen: einfache Hirnkongestion, Intoxikation und entzündliche meningokortikale Läsionen. Kinder mit Konvulsionen, die durch eine akute Hirnaffektion bedingt sind, werden nicht selten sowohl epileptisch wie imbezill oder idiotisch; oft entwickelt sich bei ihnen eine diffuse Hirnsklerose oder meningeale Adhärenzen. Prognostisch weit günstiger sind die durch Hirnkongestion bedingten Krämpfe. Betreffs der Prognose kommt es auch auf die Anzahl der Anfälle an. Die gemeine Epilepsie ist in der frühesten Kindheit sehr selten und nur zu diagnostizieren, wenn anscheinend keine Ursache vorliegt und andere Symptome von akuten meningo-kortikalen Läsionen fehlen. Kurt Mendel.

Joseph Spangenthal, A case of Urticaria pigmentosa. (Buffalo medic. Journ. September 1913.) Das kräftige, mit Muttermilch ernährte Kind zeigte von der 7. Woche bis zum jetzigen Alter von 8 Monaten eine zunehmende Rötung über den ganzen Körper, aus der sich allmählich rote bis bräunliche Makula an verschiedenen Stellen, ödematöse Schwellungen im Gesicht, kleinste bis bohnengroße pigmentierte Knötchen an Händen und Füßen, zuletzt zahlreiche Quaddeln entwickelten. Dabei besteht ausgeprägte Dermographie. Bemerkenswert und für die Ätiologie zu beachten erschien die nervöse Veranlagung der Mutter und einer Schwester einerseits und die Überfütterung der Mutter mit Medikamenten während der Schwangerschaft andererseits. Letztere sollte einem Exanthem an der Brust gegolten haben, welches starke Schmerzen bereitete.

Max Joseph (Berlin).

Otto Keller und **Hother Scharling,** Die tuberose Hirnsklerose. (Aus der Kellerschen Anstalt für Geistesschwache. Direktor Prof. Chr. Keller.) (Hospitalstidende 1913, Nr. 44 u. 45.) Die Verff. beschreiben neun Fälle, von welchen fünf am Leben waren; die vier gestorbenen wurden seziert. Das Leiden ist ein mit Idiotie und gewöhnlich mit Epilepsie verbundenes angeborenes Gehirnleiden, mit Adenoma sebaceum des Gesichts und Geschwülsten der Hirnventrikel, der Haut, des Herzens und der Nieren kompliziert. In zwei der beschriebenen Fälle fehlte Epilepsie.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

XVII. Internationaler medizinischer Kongreß, London, 6. bis 12. August 1913.

(Nach Deutsche med. Wochenschrift.)

Sektion für Kinderheilkunde.

Vorsitzender: E. Smith (London).

I. Thema: **Operative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter.**

I. Referent. V. Menard (Berck-sur-Mer): Die chirurgische Behandlung der Gelenks- und Drüsentuberkulose beim Kinde nimmt einen sehr bescheidenen Raum ein, seitdem man erkannt hat, daß diese Tuberkulose spontan heilt, insbesondere, wenn die Behandlung rechtzeitig einsetzt und lange genug fortgesetzt wird. Chirurgische Eingriffe kommen insbesondere in Betracht, wenn eine dieser beiden Bedingungen vernachlässigt ist. Vortragender bespricht die Indikationen für chirurgische Eingriffe bei Gelenktuberkulose, Knochentuberkulose, namentlich bei Tuberkulose von Hand und Fuß und schließlich bei Drüsentuberkulose; er gibt im einzelnen die Methodik, mit der er in dem bekannten Seehospital in Berck-sur-Mer die besten Erfolge erzielt hat, an.

II. Referent. Harold J. Stiles (Edinburgh): Vortragender beginnt mit einem Hinweis auf die große Ausbreitung der chirurgischen Tuberkulose in Schottland und behauptet auf Grund der Untersuchungen von Fraser und Mitchell, daß in Schottland jedenfalls der bovine Bazillus häufiger die Ursache der Knochen-, Gelenk- und Drüsentuberkulose sei, als der humane Bazillus. Die Säuglinge werden überwiegend künstlich ernährt, und zwar meist mit roher Milch; die Milchkontrolle in den ländlichen Bezirken ist schlecht, Tuberkulose unter den Milchtieren häufig. Fraser fand bei 70 Fällen von chirurgischer Tuberkulose in 41 Fällen und Mitchell bei 72 Fällen von Zervikaldrüsentuberkulose in nicht weniger als 65 Fällen den bovinen Bazillus. Auf Grund dieser Befunde glaubt Stiles, daß beim Kinde der Verdauungstraktus die Eintrittspforte der Tuberkulose ist, während beim Erwachsenen es zumeist die Respirationswege sind. Er bespricht die Art des chirurgischen Vorgehens im einzelnen Falle bei den verschiedenen Formen von Tuberkulose, weist aber immer wieder darauf hin, daß die Behandlung im Hospital nur ein Notbehelf ist, die Prophylaxe dagegen Hauptsache. Die Bekämpfung der Tuberkulose unter den Milchtieren, welche durch die neueste Gesetzgebung in England in die Wege geleitet wird, erscheint dem Vortragenden die wichtigste Maßregel zur Verhütung der Tuberkulose im Kindesalter.

Diskussion. v. Pirquet (Wien) spricht seine Verwunderung über die enormen Prozentzahlen von boviner Tuberkulose aus und fragt an, ob nicht eventuell Fehler in der Methodik vorliegen. — Comby (Paris) bestätigt die Wichtigkeit der konservativen Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose, welche nur die sekundäre Lokalisation einer initialen Bronchialdrüsentuberkulose sei. Die Kinder werden nicht tuberkulös durch den Genuß der Milch tuberkulöser Kühe, sondern im Kontakt mit phthisischen Familienmitgliedern durch Inhalation. — D'Oelsnitz (Nizza) betont die Bedeutung der Heliotherapie neben der chirurgischen Behandlung. — Treplin (Sahlenburg bei Kuxhaven) hebt die Vorzüge des weitestgehenden Konservatismus unter günstigen hygienischen Bedingungen hervor. Chirurgische Tuberkulose gehört nicht in städtische Krankenhäuser, sondern an die See oder ins Gebirge, und zwar so frühzeitig als möglich. Dieselbe Erfahrung wird von Nordheim (Hamburg) bestätigt.

David Bridge Lees (London): **Diagnose der Lungentuberkulose.** Vortragender bestätigt die alten Fowlerschen Beobachtungen über die ersten Lokalisationen der tuberkulösen Lungenaffektionen beim Kinde. Durch sorgfältige Perkussion lassen sich sechs bestimmt lokalisierte Herde (zwei in jedem Ober- und einer in jedem Unterlappen) nachweisen.

P. van Pée (Verviers): **Die ersten Zeichen der Lungentuberkulose beim Säugling.** Die beste Methode für die Lungenuntersuchung beim sehr jungen Säugling ist die Perkussion nach Goldscheider. Es läßt sich nachweisen, daß die linke Lunge die ersten Symptome zeigt und früher abheilt, daß die rechte Lungen-



spitze für tuberkulöse Infektion besonders disponiert ist. Die Erkrankung der Tracheobronchialdrüsen läßt sich durch Perkussion der Dorsalwirbel und des Sternums nach derselben Methode frühzeitig nachweisen.

D'Oelsnitz und Ch. Paschetti (Nizza): **Radiologische Diagnostik der Thoraxaffektionen beim Kinde.** Nichts wesentlich Neues.

Diskussion. C. P. Lapage (Manchester) betont die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung für die Frühdiagnose der Tuberkulose beim Kinde. — Calvé (Berck-Plage) fragt an, wie klinisch und radiologisch Thymushypertrophie und Tracheobronchialdrüsenerkrankung unterschieden wird. — Jacquerod (Leysin): Lungensyphilis gibt beim Kinde zuweilen Röntgenbilder, die von denen der Lungentuberkulose nicht zu unterscheiden sind. Narben geheilter Tuberkulose sind radiographisch nicht erkennbar. — Jules Comby (Paris) fand bei Kindern in den Pariser Hospitälern in 38% der Fälle Tuberkulose, und zwar in den ersten drei Monaten 1,8%, im vierten bis sechsten Monate 18%, im sechsten bis zwölften Monate 26%; die Frequenz steigt bis zu 71% im 10.—15. Lebensjahre. — D'Oelsnitz (Schlußwort): Radiologisch sind Thymushypertrophie und Tracheobronchialdrüsenerkrankung sicher unterscheidbar.

Leonard Findlay (Glasgow): **Darmtraktus als Eintrittspforte des Tuberkelbazillus.** Gesunde Kaninchen können durch Fütterung mit großen Mengen von bovinen Tuberkelbazillen infiziert werden. Die Bazillen können die Darmschleimhaut durchwandern; tritt eine Infektion ein, so ist der Darm Sitz der Läsion. Darmkatarrh begünstigt den Durchtritt der Bazillen durch die Darmwand. Durch Fütterung mit humanen Bazillen können gesunde Kaninchen nicht infiziert werden. Haben die Versuchstiere vorher einen intestinalen Katarrh durchgemacht, so entwickelt sich regelmäßig eine Tuberkulose.

N. Krasnogorski (St. Petersburg): **Grundmechanismen der Arbeit der Großhirnrinde bei Kindern.** Die Arbeit der Großhirnhemisphären des Kindes beruht auf folgenden fünf kortikalen Grundmechanismen: 1. Mechanismus des zeitlichen Zusammenhanges: a) Mechanismus des bedingten Reflexes, b) Mechanismus des spezifischen bedingten Spurreflexes, c) Mechanismus des Sprachenreflexes. 2. Mechanismus der Analysatoren. 3. Mechanismus der Hemmung. 4. Mechanismus der Enthemmung. 5. Mechanismus des positiven und negativen Ladens und Entladens. Der Vortragende setzt auseinander, wie sich die verschiedenen Mechanismen beim Kinde entwickeln und verhalten, und zeigt uns neue Wege, um die Entwicklung und die Arbeit der Großhirnrinde bei Kindern zu verfolgen, Eigentümlichkeiten und Defekte ihrer Funktionen nachzuweisen und so Indikationen für rechtzeitige Therapie abzuleiten.

Hastings Gilford (Reading): **Einfluß der Drüsen mit innerer Sekretion auf die Entwicklung.** Vortragender berichtet über die Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion und über die Schlußfolgerungen, welche von der Pathologie aus auf die normalen Drüsenfunktionen gezogen werden können.

D'Oelsnitz (Nizza): **Chronische Insuffizienz der Nebennieren beim Kinde.** Neben Fällen, in denen die Insuffizienz der Nebennieren der klinischen Beobachtung kaum entgeht, gibt es Formes frustes, deren Charakter nur aus der Wirkung der Opotherapie erkannt werden kann. Als Symptome nennt der Vortragende Wachstumshemmung, Verlangsamung des Ganges, Blässe, Schlaffheit der Muskulatur, Apathie und zuweilen Somnolenz. Nebennierenbehandlung oder Adrenalin bringt angeblich diese sehr verschieden deutbaren Symptome zum Verschwinden.

Diskussion. Swale Vincent (Winnipeg-Kanada): Schilddrüsenexstirpation kann bei jungen Kindern vorübergehende Wachstumshemmung verursachen, ohne Symptome von Kretinismus und ruft niemals Myxödem hervor. — Guthrie (London): Zwei Fälle von typischem Kretinismus mit frühzeitiger Sexualentwicklung werden durch Schilddrüsenbehandlung gebessert. — Henry Koplik (Neuyork) weist auf den Zusammenhang von Darmstörungen mit Funktionsstörungen der endokrinen Drüsen und auf den Herterschen Infantilismus hin.

Louis Fischer (Neuyork): **Intravenöse Injektion von Neosalvarsan bei Scharlach.** Bei septischen Fällen mit letaler Prognose wurde Neosalvarsan in die V. jugularis injiziert. Bei Noma und gangränösen Zuständen wird ein Versuch mit der Behandlung empfohlen. Auffallend war die antipyretische Wirkung des Neosalvarsans.

Arnold Netter (Paris): **Vakzinale Allergie der exanthematischen Erkrankungen.** Bei Masern besteht eine Allergie gegenüber Vakzine ebenso wie gegen-

über dem Tuberkulin: sie ist am Tage vor der Eruption und an den beiden ersten Tagen die Regel. Am vierten Tage wird die Reaktion positiv. Diese Allergie ist mit dem vorübergehenden Verschwinden der Wa.R. in Parallele zu stellen und dürfte mit der Empfänglichkeit der Masernkinder für Tuberkulose, Diphtherie, Nekrose usw. in Zusammenhang stehen. Bei Scharlach war die vakzinale Reaktion am ersten Tage in 64 %, am zweiten in 88 %, am dritten in 100 % der Fälle positiv; bei Röteln unter 19 Fällen 18 positiv.

John Thomson (Edinburg): **Infektion der Harnwege mit Kolibazillen beim Kinde.** Die Häufigkeit bei Mädchen und die Schwere der Erkrankung im jüngsten Kindesalter ist bekannt. Vortragender bespricht die Klinik und Diagnose. Für die Behandlung der akuten Formen empfiehlt er Alkalisierung des Urins mit großen Dosen von Natriumzitrat, die auch bei Rezidiven fortzusetzen ist. Die Therapie versagt bei Infektion der Nieren und bei chronischen fieberlosen Fällen an älteren Kindern. Die Wirkung der Zitratbehandlung wird besonders in späteren Stadien durch Darmantiseptika unterstützt. Harnantiseptica kommen nur für milde Fälle oder bei älteren Kindern in Betracht. Vakzinebehandlung hat da Erfolg, wo auch die Zitratbehandlung wirkt.

Gorter (Leyden): **Vakzinetherapie der Kolibazilleninfektion des Harntraktus.** Es handelt sich um 18 Fälle von Pyelitis, die sämtlich durch chronischen Verlauf oder durch Frequenz der Rezidive sich auszeichneten. In einigen Fällen wurde die Vakzinationsbehandlung sofort nach Einsetzen der ersten Symptome angewendet, in den meisten wurden vorher andere Methoden ohne Erfolg angewendet. Die mit der Vakzinebehandlung erhaltenen Resultate waren folgende: Ein Patient starb an Bronchopneumonie, bevor die Pyelitis geheilt war, bei zwei anderen fehlte jeder Erfolg, in zwei weiteren Fällen konnte nur eine Besserung erzielt werden, die übrigen 13 Fälle wurden sämtlich geheilt und hatten seitdem keine Rezidive.

Diskussion. Waller (London): Heilung ist erst dann anzunehmen, wenn mehrere Wochen hindurch das Fehlen von Bazillen im Urin festgestellt ist. — C. G. Kerley (Neuyork) empfiehlt große Dosen von Natriumzitrat und gleichzeitig Darreichung großer Mengen von Wasser. — W. W. Butterworth (New Orleans) empfiehlt abwechselnde Behandlung mit Natriumzitrat und Urotropin. — C. P. Lapage (Manchester) hat von der Vakzinebehandlung in chronischen Fällen nach Versagen der Zitratbehandlung Erfolge gesehen. — J. P. Sedgwick (Minneapolis) vermochte im Tierversuch durch Einbringung von Fäzes in die Urethra Cystitis nicht hervorzurufen. — John Thomson (Schlußwort): Bei Mißerfolg der Zitratbehandlung verwendet er Salol oder Urotropin, abwechselnd mit Zitrat.

G. Variot und P. Lavialle (Paris): **Erfolge des Zuckerreichtums der Milch in der Behandlung der infantilen Dyspepsie mit Erbrechen.** Kondensierte, zuckerreiche Milch hat angeblich stets günstigen Einfluß auf das Erbrechen, der nicht auf die Kondensierung oder Erhitzung, sondern nur auf den hohen Zuckergehalt zurückgeführt wird.

P. Lavialle (Paris): **Brownsche Molekularbewegung in homogenisierter Milch.** Im Gegensatz zu gewöhnlicher Kuhmilch ist in homogenisierter Milch außerordentlich starke Brownsche Molekularbewegung zu beobachten. Nach Ansicht des Vortragenden wird dadurch die Einwirkung der Verdauungssäfte erleichtert.

J. C. Mac Walter (Dublin): **Bescheinigung der Todesfälle und Säuglingsmortalität.** In Großbritannien bedarf die Todesbescheinigung ebenso wie die Geburtenmeldung dringend einer Reform. Die Angabe der Todesursache ist vollkommen ungenügend; es fehlen auch Angaben über die Art der Ernährung im ersten Lebensjahre; der Tod braucht nicht vom Arzt bestätigt zu werden. Die Versicherung für Todesfall beim Säugling ist in England noch nicht verboten. Der Vortragende verlangt: Anmeldung der Geburten innerhalb 36 Stunden, der Todesfälle innerhalb drei Tagen, Untersuchung und Autopsie, falls das Kind in den letzten 14 Tagen vor dem Tode nicht ärztlich behandelt ist, und Angaben über die Ernährung im Totenschein.

Jules Comby (Paris): **Akute Enzephalitis beim Kinde.** Klinischer Vortrag auf Grund reicher persönlicher Erfahrung. Infantile Epilepsie ist fast stets Folge einer akuten Enzephalitis. Für die Diagnose und zur Unterscheidung von Meningitis ist Untersuchung der Lumbalflüssigkeit notwendig.

Diskussion. Gossage (London): In den einzelnen Fällen treten zerebellare Symptome mehr in den Vordergrund als die zerebralen. — Auf eine Anfrage von

Gorter antwortet Comby (Paris), daß eine besondere Koinzidenz zwischen Enzephalitis und Poliomyelitis nicht besteht.

Milne (Aberdeen): **Scharlachfieber.** Bericht über die auch bei uns bekannte Methode der Scharlachbehandlung und Scharlachprophylaxe.

In der Diskussion werden diese Erfolge von Louis Fischer (Neuyork) bestritten.

Frederick E. Batten (London): **Polioenzephalitis und Poliomyelitis.** Bericht über die experimentellen Untersuchungen der neueren Zeit und Schilderung der klinischen Symptome und der pathologischen Befunde, in denen die Erkrankung beim Menschen und beim Affen sich äußert. Tierversuche und Krankenbeobachtung sprechen für die Möglichkeit, daß die toxische Polyneuritis zuweilen die Folge einer Infektion mit Poliomyelitisvirus sein kann. Zum Schlusse demonstriert der Vortragende an der Hand von Karten die Ausbreitung der Poliomyelitis in England und London.

Arnold Netter (Paris): **Meningitische Form der Poliomyelitis.** Die meningitische Form der Poliomyelitis ist in Frankreich ganz besonders häufig. Ihre klinischen Erscheinungen stimmen auffallend mit denen der Zerebrospinalmeningitis überein. Beide treten fast zu gleicher Zeit in denselben Ländern in epidemischer Form auf. Möglicherweise wirken dieselben kosmischen Einflüsse in demselben Sinne auf die Vitalität und Ausbreitungsfähigkeit der Erreger beider Krankheiten.

Diskussion. Gossage und Guthrie (London) sprechen für die polyneuritische Form der Poliomyelitis, die sie mehrfach beobachtet haben. — Louis Fischer (Neuyork) weist auf Erbrechen als initiales Symptom der Poliomyelitis hin. — Thomas Barlow (London) spricht über die Differentialdiagnose zwischen Meningitis und Poliomyelitis. Die Nackenstarre ist bei Poliomyelitis nur temporär und oft von Schmerzen im Rücken begleitet. Bei der meningitischen Form der Poliomyelitis bleibt in der Regel eine Spur von Lähmung zurück, welche sich in typischer Weise einzelne Muskelgruppen aussucht; während in den Spätstadien der Zerebrospinalmeningitis, wenn überhaupt eine Parese zurückbleibt, diese spastischer Natur ist. Für die Therapie empfiehlt Barlow absolute Bettruhe für das Frühstadium, später, nach Verschwinden der Schmerzen, leichte Massage und noch viel später Widerstandsbewegungen. — Pechère (Brüssel) empfiehlt für das Frühstadium Irrigation von Nase und Mund. — Netter (Schlußwort): Eine Behandlung mit dem Serum von Patienten, welche früher Poliomyelitis durchgemacht haben, ist schwer anwendbar.

Siegfried Weiss (Wien): **Neues Symptom bei Morbus Barlow.** Vortragender hat in einem Falle ein Wangenhämatom beobachtet, das nach der Literatur außerordentlich selten bei Barlowscher Krankheit vorkommt. (Ein Fall von Bendix, zwei weitere nicht publizierte Beobachtungen.)

Diskussion. Thomas Barlow (London) bestätigt in dem Falle dieDiagnose Barlowsche Krankheit, vermißt aber genaue Angaben über die Anamnese der Mutter (Skorbut ?).

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Meldola: **Luminal bei Epilepsie.** Im ersten Falle handelt es sich um ein 36jähriges Mädchen, das seit frühester Jugend an epileptischen Krämpfen litt. Mit Eintritt der Menses verschlimmerte sich ihr Zustand bedeutend. Die Anfälle traten fast täglich auf. Sie mußte wegen Geistesstörung dreimal in die Irrenanstalt Friedrichsberg aufgenommen werden. Im letzten Jahre waren die Anfälle drei- bis viermal täglich aufgetreten. Die Patientin war sehr apathisch. Seit Ende November wurde sie mit Luminal behandelt. Vom ersten Tage der Behandlung an blieben die Krämpfe aus und sind bisher nicht wieder aufgetreten. Dabei hat sich das Körpergewicht bedeutend gehoben und ihr seelischer Zustand wesentlich gebessert. Patientin zeigt wieder Lust zur Arbeit. Sie erhielt zunächst dreimal täglich 0,2 Luminal. Die Dose wurde allmählich bis auf 0,1 einmal täglich herabgesetzt. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 20jährige Patientin, bei der die Epilepsie seit ihrem zwölften Lebensjahre aufgetreten war. Die Patientin, welche den charakteristischen epileptischen Habitus zeigt, hatte in der letzten Zeit fast täglich Anfälle gehabt. Seit sechs Wochen bekommt sie Luminal. Seitdem sind die Krämpfe nur einmal aufgetreten. Ihr Gemütszustand, der vorher unter Depressionen litt, hat sich wesentlich gebessert.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 25. Februar 1913.)

Boit: **Juvenile Arthritis deformans.** 1. 14jähriger Knabe bei dem sich vor 4 Jahren im Anschluß an ein Trauma eine hypertrophisch-deformierende Entzündung des rechten, vor 2 Jahren spontan auch des linken Kniegelenkes entwickelte Kein Anhaltspunkt für Lues. Hochgradige Genuvalgumstellung beider Kniegelenke mit lateralem Winkel von 100°, starke Außenrotation der Unterschenkel, laterale Luxation der Patellae. Gehen sehr mühsam mit zwei Stöcken. Wegen der Gehbehinderung Kniegelenksresektion beiderseits. Gehfähigkeit dadurch gebessert. Das demonstrierte Präparat des linken Kniegelenks zeigt die starke Knochenverdickung und Verbreiterung der Gelenkenden und die hochgradig destruierenden Prozesse im Gelenk mit Knorpel-Knochenwucherungen, verknorpelten Zottenwucherungen bis Kirschgröße und zahlreichen Corpora libera. — 2. 11 Wochen alter Knabe mit den ausgesprochenen Symptomen der Chondrodystrophia foetalis: starker Auftreibung der Gelenkenden der Extremitätenknochen, Verdickung der Knorpelknochengrenze der Rippen, glockenförmig sich nach unten weitendem Thorax, mit seitlicher Eindellung, in der die Unterarme und Hände liegen. Die Hüft-, Knie-, Ellbogen- und Handgelenke stehen in Beugekontraktur, die nicht ganz ausgeglichen werden kann. Röntgenologisch besteht: Verkürzung und Verdickung der Diaphysen, zunehmende Verbreiterung der Metaphysen, die becherartig die Epiphysen umgreifen. Knochenkerne sind nachweisbar im Talus, Calcaneus und Cuboid, eben angedeutet in den unteren Femurepiphysen, sie fehlen in den oberen Tibiaepiphysen. Die epiphysäre Knochenbildung ist also vergrößert. Schädel und Gesicht sind regelrecht gebildet, insbesondere fehlt die Einziehung der Nasenwurzel. Gesunde innere Organe, intelligentes Aussehen. Kaufmann unterscheidet drei Formen der Chondrodystrophia foetalis, die hypoplastische, die malazische und die hyperplastische. Nach dem makroskopischen Befund liegt die hyperplastische Form vor. Eine histologische Knochenuntersuchung ist nicht ausgeführt worden. Über die Pathogenese des Leidens ist nichts Sicheres bekannt. v. Franqué und Rindfleisch betrachten die Chondrodystrophie als eine Hemmungsbildung, die durch abnormen Druck in der Eihöhle zustande kommt. Von anderer Seite ist diese Theorie angezweifelt worden. Dieser Fall zeigt einige Besonderheiten, die für die mechanische Theorie zu sprechen scheinen. Die seitliche Thoraxeinbiegung beiderseits kann nur durch die Kompression der anliegenden Arme entstanden sein. Der Fötus scheint also einem abnormen intrauterinen Druck ausgesetzt gewesen zu sein. Auch die Beugekontraktur der Hüft-, Knie-, Ellbogen- und Handgelenke könnte zum Teil dadurch erklärt werden.

(Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg, 3. Februar 1913.)

Wolter: **Eine Baseler Scharlachstatistik.** Zusammenstellung der Scharlachfälle der Baseler Klinik im Verlauf eines Jahres ergibt 241 mit 3 Todesfällen = 1,2%, es wurde rein symptomatische Therapie angewandt. Mehrere Return-cases nach Isolation von acht Wochen. Zusammen mit der Statistik von Gigon (Baseler Klinik) 1907—1909 694 Fälle mit 11 Todesfällen = 1,58%. Besprechung der therapeutischen Vorschläge.

Diskussion. Gigon: Was die Isolierungsdauer scharlachkranker Kinder anbetrifft, so möchte ich erwähnen, daß im Jahre 1908 die meisten Scharlachpatienten mindestens zehn Wochen im Spital zurückbehalten wurden. Vor der Entlassung wurden alle Maßregeln getroffen, um die entlassenen Kinder von dem Scharlachvirus zu befreien. Doch erkrankte in fünf Fällen wenige Tage nach der Entlassung des völlig gesunden Kindes eines der Geschwister an Scharlach. Eine sichere, günstige Beeinflussung des Scharlachs durch ein therapeutisches Agens ist meines Erachtens noch nie bewiesen worden. Einen bestimmten Typus des Scharlachfiebers gibt es nicht. Die Fieberkurve kann spontan nach einigen Tagen kritisch abfallen, in anderen Fällen kann das Fieber wochenlang anhalten, und die Temperatur kehrt nur sehr langsam zur Norm zurück. Ich konnte beobachten, daß die Form der Temperaturkurve und des Scharlachs sich in Perioden von zwei bis drei Monaten konstant erhalten kann, um nachher eine völlig veränderte Gestalt anzunehmen. Die Ergebnisse der verschiedenen Autoren mit Salvarsantherapie (Klemperer, Lenzmann) oder mit dem Moserschen Serum (Moser, Bokai usw.) können nicht im Sinne ihrer Autoren, d. h. im Sinne einer günstigen Wirkung dieser Mittel verwertet werden. — A. Burckhardt: Die Bösartigkeit der Scharlachepidemien ist ungeheuer wechselnd; deshalb haben statistische Vergleiche über die Erfolge der Therapie an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten keinen großen Wert. Leichte, unkomplizierte Fälle brauchen nicht länger als drei

bis vier Wochen isoliert zu sein. Die Desinfektion des Rekonvaleszenten (Haut, erste Wege) und seiner Effekten kann nicht sorgfältig genug sein.

(Mediz. Gesellschaft in Basel, 6. Februar 1913.)

Fr. A. Hesse: **Zur Therapie des kongenitalen Fibuladefektes.** Vortragender demonstriert zunächst einen 9jährigen Knaben mit folgenden Mißbildungen: Rechts totaler kongenitaler Fibuladefekt mit Defekt von Metatarsus und Zehen Nr. 3, 4 und 5, sowie eines Teiles des Tarsus, Spaltbildung der Großzehe, Verkümmerung von Patella und Femur. Als Folge dieser Deformitäten besteht eine höchst eigenartige, charakteristische Unterschenkel- und Fußstellung (Hoffascher Knickfuß). Links: Volkmannsche Sprunggelenksdeformität, ausgelöst durch Verkümmerung der Fibula, namentlich des Malleolus ext. mit Fehlen des fünften Metatarsus und Digitus. Die Mißbildungen werden eingehend an der Hand von Beobachtung, Betastung, Messung und Röntgendurchleuchtung, sowie in ihrem Einfluß auf den Gang besprochen. Hervorgehoben mag sein die Unterschenkelverkürzung von 16 cm rechts, sowie eine ausgezeichnete derbe rechte Sohlenfläche bei fast ankylosiertem Fußgelenke. An die Demonstration schließt sich eine kurze Besprechung ätiologischer Punkte, als deren Ergebnis das auch für diesen Fall herrschende Dunkel über die Ursache solcher Defekte zu nennen wäre. Im zweiten Teile folgt sodann eine kurze Besprechung der bisher üblichen Behandlungsmethoden, von denen allen ein idealer Erfolg kaum je erzielt wurde. Daraus ergäbe sich die gemäßigte Forderung, auf möglichst einfache Weise einen möglichst bequemen und wenig entstellenden Gang zu erzielen. Eine Tabelle über 75 behandelte Fälle läßt die Einteilung in konservative und operative Methoden als die geeignetste erscheinen. (Wegen der Einzelheiten sei auf die ausführliche Publikation hingewiesen.) Hier nur das Resultat, daß die konservative Methode mit 57 % die operative überwiegt, und daß trotz der festgestellten unsicheren Erfolge der Operationen konservative Mäßigung nicht immer Eigenschaft der Operateure gewesen sei. Wenn trotzdem auch die Operationen für eine bestimmte Gruppe solcher Defekte notwendig bleiben und für diese ihr Wert nicht verkannt werden soll, so ist dennoch in dem demonstrierten Falle wegen der vorhandenen festen Stützen konservativ verfahren worden. Zum Schluß Demonstration des Patienten mit seinem neuen Apparat, welcher die Verkürzung ausgleicht und durch Ausnützung möglichster Spitzfußstellung schlank genug geworden ist, um in einem leidlich weiten Hosenbeine versteckt werden zu können. Der Apparat ist endlich durch eine Anzahl Stellschrauben auf Zuwachs berechnet, so daß er in dieser Form dem Knaben noch drei bis vier Jahre gute Dienste leisten wird können.

v. Tappeiner: **Über Knochenzysten.** Vortragender berichtet über zwei kürzlich beobachtete Fälle von solitären Knochenzysten. Der eine Fall betraf einen 14jährigen, sonst vollkommen gesunden Jungen, der eine Oberarmfraktur erlitten hatte. Acht Monate nach der Heilung der Fraktur wurde anläßlich eines Falles auf den Arm eine Verdickung im oberen Drittel des Humerus festgestellt. Das Röntgenbild zeigt in dem stark aufgetriebenen oberen Drittel des Humerus eine scharf umrandete, anscheinend durch ins Lumen vorspringende Septen untergeteilte Zyste. Am distalen Ende der Zyste sieht man noch deutlich die alte Frakturlinie. Bei der zur Sicherung der Diagnose vorgenommenen Probeexzision fand sich eine mit klarer gelblicher Flüssigkeit gefüllte Höhle. Die mikroskopische Untersuchung des exzidierten Wandstückchens zeigte das Bild einer typischen Ostitis fibrosa. In dem zweiten Falle handelte es sich um einen 7jährigen, im übrigen ebenfalls vollkommen gesunden Jungen, der mit einer frischen Oberarmfraktur in die Klinik kam. Das Röntgenbild zeigt auch hier eine Auftreibung des oberen Drittels des Humerus. Die Wand ist sehr verdünnt und die normale Struktur des Knochens hat einer gleichmäßigen Aufhellung Platz gemacht. Im distalen Teile der Zyste liegt die Frakturlinie. Auch in diesem Falle bestätigte die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Wandstückchens die Diagnose genuine Knochenzyste auf der Basis einer lokalen Ostitis fibrosa. Vortragender zeigt dann noch mehrere Röntgenbilder von Tumoren langer Röhrenknochen, die einen den Zysten ähnlichen Befund darboten, bei denen es sich aber um Sarkome und Karzinommetastasen handelte. (Greifswalder Mediz. Verein, 14. Januar 1913.)

Opitz (Gießen): **Kann die Milch der eigenen Mutter dem Säugling schädlich sein?** Vortragender berichtet über zwei Fälle. Im ersteren wurde augenscheinlich der Säugling durch die Milch seiner Mutter, die an chronischer Nephritis litt, schwer geschädigt. Heilung nach Absetzen. Der zweite Fall betrifft eine Frau,

die hintereinander fünf Kinder, trotz sorgfältigster Pflege, an einer Darm- bzw. Bronchialinfektion verloren hat. In der Milch der Frau ließen sich massenhaft Streptokokken nachweisen mit sehr ausgesprochener Phagozytose. Das letzte Kind der Frau wurde von der Mutter nicht genährt und gedieh an der Ammenbrust 10 Wochen ausgezeichnet, um dann nach kurzer Erkrankungsdauer ohne Fiebererscheinungen plötzlich zugrunde zu gehen. Die Sektion konnte außer einer schweren fibrösen Bronchitis keine weitere Erkrankung des Kindes nachweisen. In dem Inhalt der Bronchien fanden sich zahlreiche Streptokokken, ebenfalls mit sehr lebhafter Phagozytose. Vermutlich handelt es sich um eine Infektion durch an der Mutter ständig vorhandene, für das Kind schädliche Streptokokken. Vortragender lehnt ausdrücklich eine Verallgemeinerung derartiger Beobachtungen ab und glaubt, daß entsprechende Fälle im Verhältnis so selten sind, daß ihnen gegenüber Bedenken gegen die Brusternährung so gut wie niemals gerechtfertigt werden können.

XV. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, Halle a. S., 14. bis 17. Mai 1913.

Jochmann (Berlin): **Salvarsan bei Scharlach.** Bei einigen der 117 Scharlachfälle, die im Virchow-Krankenhause in Berlin mit kleinen Salvarsanmengen, 0,1 g auf 10 kg Körpergewicht, behandelt wurden, zeigten sich trotz Vermeidung der Wasserinfektion leichte Nebenwirkungen, die aber nie irgendwie bedrohlich waren. Das Allgemeinbefinden, besonders bei schweren benommenen Fällen, wurde gebessert. Vor allem aber wirkt das Salvarsan günstig auf die nekrotisierende Angina. Von 25 solcher Fälle reinigten sich 24. Fälle mit absolut schlechter Prognose verliefen günstig. Auf die Entstehung von Nachkrankheiten scheint Salvarsan keinen Einfluß zu haben, ebensowenig bei Streptokokken-Mischinfektionen. Bei schweren Fällen ist die Salvarsan-Therapie indiziert.

Diskussion. Schreiber (Magdeburg) begrüßt die Rückkehr zu den kleinen Dosen von Altsalvarsan, von denen er ebenfalls günstige Wirkungen beobachtet hat. Auch durch eine lokale Therapie (Aufpinseln oder Gurgeln) lassen sich mit diesem Mittel gute Erfolge erzielen. — Menzer (Bochum) spricht gegen die Salvarsantherapie, da man den Erreger des Scharlachs nicht mit Sicherheit zu den Protozoen rechnen könne. — Benario (Frankfurt) führt die unangenehmen Nebenwirkungen doch auf Wasserfehler zurück und empfiehlt zur Vermeidung ganz besonders gründliche Destillation des benutzten Wassers.

(30. Deutscher Kongreß f. innere Medizin.)

III. Monats-Chronik.

Berlin. Geheimrat A. Baginsky ist zum Ehrenmitglied des Vereins für Innere Medizin und Kinderheilkunde ernannt. Prof. Finkelstein ist zum Ehrenmitglied der Argentinischen Pädiatrischen Gesellschaft gewählt.

Heidelberg. Aus der der Prof. Dr. Vulpiusschen Orthopädischen Klinik alljährlich zur Verfügung stehenden Jubiläums-Stiftung in Höhe von jeweils 10000 M. wurden im verflossenen Jahre 280 Knaben und Mädchen mit orthopädischen Leiden behufs Durchführung klinischer Behandlung unterstützt. Anmeldungen für das laufende Jahr können an die Verwaltung der genannten Klinik Heidelberg, Luisenstraße 1, gerichtet werden.

München. Der Neubau der Kgl. Landesanstalt für 70 krüppelhafte Kinder ist eröffnet.

Bern. Das schweizerische Gesundheitsamt hat die kantonalen Sanitätsbehörden angewiesen, die Anzeigepflicht auf die Erkrankungen an Kinderlähmung auszudehnen.

Gestorben:

Dr. Emil Pernitza, ehemal. Primarius des St. Josef-Kinderspitals in Wien.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

19. Jahrgang. 1. April 1914. Nr. 4.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Archiv für Kinderheilkunde. 60. und 61. Band (Schluß).

Arthur Schloßmann (Düsseldorf), Über keimfreie Rohmilch. Die Erhaltung keimfreier Rohmilch ist vom wirtschaftlichen, hygienischen und physiologischen Gesichtspunkt aus wünschenswert. Unter den Mitteln dazu scheiden die desinfizierenden als untauglich von vornherein aus. Die aseptische Gewinnung ist nicht schwierig und mit verhältnismäßig einfachen Mitteln durchzuführen. Ein einfacher Melkstall ist notwendig, die Tiere gewöhnen sich rasch daran ohne Veränderung der Milchmenge und -beschaffenheit. Mit 30—40 Pf. kann eine tadellose aseptische Milch hergestellt werden. Zur Konservierung solcher Milch ist Tief-Kühlung bzw. Gefrieren das beste. Besonders für die Konservierung von Frauenmilch in Anstalten ist dies zweckmäßig, da ein milchgefüllter Kühlschrank eine gute Sicherung gegen Streikgelüste der Ammen ist. Das Seiffertsche Bestrahlungsverfahren ist gut, aber kostspielig. Durch Hitze, gleichviel ob Sterilisation oder Pasteurisation, verliert die Milch neben ihren Keimen auch immer ihren Charakter als Rohmilch. Als sehr brauchbar hat sich ein Apparat von Lobeck erwiesen, in welchem die Milch unter Druck ganz fein zerstäubt, kurz erhitzt und rasch abgekühlt wird. Die Milch wird keimfrei und behält ihre Eigenschaften als Rohmilch.

Erich Siegel, Über Y-Ruhr bei Säuglingen. (Aus dem städtischen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause zu Berlin.) 9 Fälle von bakteriologisch reiner Y-Ruhr, die unter dem Bild schwerer Enteritis follicularis mit blutig-schleimigen Stühlen verliefen. Malzsuppe erwies sich als günstig, Eiweißmilch als nicht gut verträglich.

Paul Sommerfeld, Die Verbreitung der Diphtherie im Herzblut und in den Organen. (Aus dem Laboratorium des städtischen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses zu Berlin.) Bei 320 Diphtherieleichen enthielt das aseptisch entnommene Herzblut in 13% Diphtheriebazillen (stets mit Kokken!), in 45,6% nur Kokken und in 41% keinerlei Bazillen.

C. Stamm (Hamburg), Mitteilungen aus der Kinder-Poliklinik in Hamburg. a) Rheumatismus nodosus bei einem vierjährigen Mädchen, b) Enteritis necrotica bei einem Neugeborenen.

Walter Thiede, Über die elektrische Sicherheitskouveuse Baginsky-Hanfland. (Aus dem städtischen Kaiser- und Kaiserin-

Friedrich-Kinderkrankenhaus zu Berlin.) Mit 2 Abbildungen. Ein weiterer kostspieliger Apparat, der sicher nicht schlechter arbeitet als die bisherigen.

I. W. Troitzky (Charkow, Rußland), Die Meinungen Chr. W. Hufelands über die Pädiatrie im Lichte der Jetztzeit. Die synoptische Gegenüberstellung Hufeländischer Aussprache mit neuzeitlichen Anschauungen zeigt das durchaus moderne Denken des Altmeisters der Medizin.

Gustav Tugendreich, Zur Prognose der Säuglingstuberkulose. (Aus der städtischen Säuglingsfürsorgestelle N. 5 in Berlin.) Übereinstimmend mit den Resultaten Schicks und Pollaks gingen von den auf Pirquet positiv reagierenden Säuglingen die Hälfte bis Zweidrittel bereits im ersten Lebensjahr zugrunde.

Fritz Wachsner, Über akute Osteomyelitis und Osteoplastik im Kindesalter. (Bearbeitet an dem gesamten Material des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses in der Zeit seines Bestehens vom Jahre 1890—1912. Mit 21 Abbildungen.) Bei der Osteoplastik stehen sich alle 3 Arten — Auto-, Homo- und Heteroplastik — bei richtiger Technik und einwandfreier Asepsis gleichwertig gegenüber und garantieren gute Dauerresultate.

L. Winocouroff, Rückfallfieber bei Kindern in Odessa; eigene Beobachtungen vom Jahre 1890—1910. (Aus der Kinderabteilung des israel. Spitals in Odessa.) Das Rückfallfieber im Kindesalter muß unter den akuten Infektionskrankheiten als eine der am wenigsten schweren Erkrankungen angesehen werden (auf 291 Krankheitsfälle 1 Todesfall binnen 20 Jahren).

Die Empfänglichkeit für Rückfallfieber ist nicht geringer als die der Erwachsenen. Die Widerstandskraft des Kindesalters gegenüber dieser Erkrankung hängt hauptsächlich von dem Zustand des kindlichen Herzmuskels und von der von Alkohol verschonten Leber ab. Komplikationen, denen man oft bei erwachsenen Rekurrenskranken begegnet, sind im Kindesalter sehr selten.

Was das Säuglingsalter anbetrifft, so ist, da ein genaues Verzeichnis der Fälle fehlt, sehr schwer, irgend welche Schlüsse bezüglich der Erkrankung desselben an Febris recurrens zu ziehen.

Die typische Temperaturkurve bei Kindern bietet eine ganze Reihe von Abweichungen im Anfange der Erkrankung im paroxysmalen Stadium und im Charakter der Deferveszenz dar.

Die Anwendung der flüssigen chinesischen Tusche bei Untersuchung des Blutes auf Spirochäten stellt ein sehr einfaches, bequemes und genaues klinisches Verfahren am Krankenbett dar.

Das Rückfallfieber, wenn auch dem Charakter nach eine gutartige infektiöse Erkrankung im Kindesalter, muß doch für den Organismus nicht als eine völlig gleichgültige angesehen werden.

Die richtigste prophylaktische Maßnahme in jedem Alter im Kampfe mit dem Rückfallfieber ist die rationell durchgeführte Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse der Städte und der Verbreitungsherde der epidemischen Erkrankungen, die Hebung der Kultur und der wirtschaftlichen Verhältnisse der ärmsten Bevölkerungsklasse.

Willy Wolff (Berlin), Zur ambulatorischen Tuberkulinbehandlung der Skrofulose und kindlichen Tuberkulose. Ambulatorische Kuren mit Tuberkulin kann man bei skrofulösen und geeigneten tuberkulösen Kindern fraglos ausführen. Es ist aber ebenso fraglich, ob man diese Kuren schon empfehlen soll. Bei einem notwendigen vorsichtigen Vorgehen ist zwar eine Schädigung der Kinder auszuschließen, es ist aber zweifelhaft, ob die erzielten Erfolge den mit anderen Methoden erreichten überlegen sind.

I. Zappert (Wien), Fehldiagnosen bei Poliomyelitis. — Lehrreiche Mitteilung verschiedener Fälle, die in ihrem Verlauf mit Poliomyelitis Ähnlichkeit hatten: Diphtherie, akute Exantheme, akute Otitis und beginnende Pneumonie, akuter Gelenkrheumatismus.

Hecker (München).

v. Pirquet, Bestimmung von Wachstums- und Ernährungszustand bei Kindern. (Ztschr. f. Kindhlk. 6. 1913 H. 4. S. 253.) An der Hand der Camererschen Grundzahlen wird nachgewiesen, daß das Verhältnis der Länge zum Körpergewichte sich im Verlaufe des Kindesalters sehr bedeutend verändert. Das Neugeborene ist im Verhältnis zu seiner Länge mehr als doppelt so schwer als der Vierzehnjährige. Diese Veränderung beruht hauptsächlich darauf, daß die Länge der wenig voluminösen Extremitäten viel stärker zunimmt als die Länge des voluminösen Stammes und Kopfes. Diese Streckung ist am stärksten in den ersten 3 Lebensjahren, sie setzt sich dann bei den Knaben bis zum 16., bei Mädchen nur bis zum 12. Lebensjahre in gemindertem Maße fort. Bei beiden Geschlechtern erfolgt ein Stillstand in der Streckung während des 6. Lebensjahres. Auf einer Kurventafel, in der Körpergewicht und Länge auf dieselben Punkte gebracht sind, läßt sich durch Einzeichnung der Werte ein rascher Überblick über Ernährungszustand und Wachstum gewinnen. Für praktische Zwecke eignet sich mehr eine Zusammenstellung über Alter, Länge und Gewicht in Tabellen.

Diese Tabelle, die gleichzeitig publiziert wird, ist bei J. Springer Berlin zu erhalten. Sie ist für den praktischen Arzt sehr zu empfehlen.

Schick (Wien).

Herbert Koch, Über Meningitis tuberculosa. (Ebenda 6. 1913 H. 4 S. 263.) Zusammenfassende Übersicht über die Erkrankung an Hand von 305 Fällen.

Symptomatologie. Erbrechen wurde beinahe in 50 % (146 von 305 Fällen) als Initialsymptom gefunden. Doch kommt es auch während des ganzen Krankheitsverlaufes vor, in der drittletzten Woche vor dem Tode in 24, in der vorletzten Woche vor dem Tode in 25 Fällen, in der letzten Woche vor dem Tode (= a. e.) in 4 Fällen, außerdem noch in 28 Fällen während des ganzen Verlaufes. Kopfschmerzen treten entweder spontan auf oder bei Beklopfen des Kopfes. Am häufigsten findet man sie am Beginn der Erkrankung (in 87 von 305 Fällen). Die Zahl dürfte zu niedrig gegriffen sein, da bei Kindern unter drei Jahren die Beurteilung des Vorhandenseins dieses Symptomes sehr schwer ist. Außerdem wurde es in 37 Fällen in ziemlich gleicher Anzahl in jedem Stadium angetroffen. Unruhe und Aufseufzen kommen haupt-

sächlich in der zweiten Hälfte der Erkrankung vor, so in 30 Fällen initial, in der drittletzten Woche a. e. in zwei, in der vorletzten a. e. in 51, in der letzten a. e. in 43 Fällen, während des Verlaufes in 48. Zähneknirschen wurde in der vorletzten Woche a. e. in 14, in der letzten a. e. in 18 Fällen gefunden. Obstipation war in 132 Fällen nachzuweisen, wovon sie in 42 Fällen als Initialsymptom und in 75 Fällen während des ganzen Verlaufes gefunden wurde. Durch Klysma ist die Obstipation leicht zu beheben. Die psychischen Veränderungen können schon lange, bevor noch sonstige Erscheinungen einer Meningitis sich bemerkbar machen, beobachtet werden. Der Zeitpunkt des Auftretens ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden, so Monate oder auch nur Wochen vorher. Die hauptsächlichsten psychischen Erscheinungen sind Müdigkeit, Apathie, Schlafsucht, Charakterveränderung, Stimmungswechsel. Es treten alle Grade der Abgespanntheit und des Ruhebedürfnisses auf. Dann kommt das Moment der Erregung hinzu. Man bemerkt, daß das Kind mürrisch, launenhaft, reizbar, leicht erregbar ist. Noch später jammert das Kind, stöhnt, klagt über Schmerzen in den verschiedensten Körperteilen. Delirien und Jaktationen sind selten. Das Sensorium ist in der drittletzten Woche a. e. bis auf seltene Ausnahmen (2 Fälle) noch immer vollständig frei. In der vorletzten Woche a. e. finden wir in 20 Fällen freies, in 38 getrübtes Sensorium und in 7 Fällen einen komatösen Zustand. In der letzten Woche a. e. finden wir noch immer in 19 Fällen freies Sensorium. In den übrigen ist ein mehr oder minder benommenes Sensorium zu konstatieren gewesen. Bemerkenswert ist, daß selbst am letzten Tag vor dem Exitus noch in einem Fall das Bewußtsein vollkommen erhalten war. Der Bewußtseinsverlust tritt in den meisten Fällen allmählich ein, in manchen Fällen können wir Remissionen beobachten, in wieder anderen erlischt das Bewußtsein plötzlich, und dann immer im Anschluß an Krämpfe. Konvulsionen bei der Meningitis tuberculosa haben den Charakter einer Jacksonschen Epilepsie. Sie dürften entweder durch den Entzündungsprozeß in der Gehirnrinde (von Monakow) oder durch den Hydrozephalus hervorgerufen werden. Sie sind meist tonisch-klonisch und befallen entweder die ganze Körpermuskulatur oder auch nur eine bestimmte Muskelgruppe. Die Krämpfe treten in der überwiegenden Mehrzahl in der letzten Woche a. e. auf (in 178 von 359 Fällen). Zu bemerken ist auch, daß initial in 18 Fällen Krämpfe beobachtet wurden.

In diesen Fällen findet sich meistens eine Konvexitätsmeningitis. In einem Fall war Hemiplegie aufgetreten, ähnlich den Fällen, über die Zappert ausführlich berichtet hat. Nackenstarre fand sich in 90% der Fälle. Das Auftreten der Nackenstarre fällt in die vorletzte Woche. In der drittletzten Woche wurde dieses Symptom nur 3 mal in 5%, in der letzten in 15% angetroffen. Das Fehlen dieses Symptomes in der letzten Woche ist wahrscheinlich auf Lähmung der Nackenmuskulatur zurückzuführen. Am häufigsten beobachtet man die mittleren Grade der Nackenstarre. Das Kernigsche Symptom wurde durchschnittlich in 83% nachgewiesen, u. zw. in 80% in der vorletzten, und in 88% in der letzten Woche. In der drittletzten Woche wurde es nur 3 mal gefunden. Die Dermographie war in 94% positiv.

Es ist daher das zahlenmäßig konstanteste Symptom. Farbenwechsel wurde in 41 Fällen gefunden. Von Störungen in der Motilität kommen häufig Lähmungen vor, u. zw. am häufigsten Fazialislähmung (in 96 Fällen), dann die Okulomotoriuslähmung (in 80 Fällen), dann Schlucklähmung (in 47 Fällen), seltener Gaumensegellähmung (2 Fälle), näselnde Stimme (1 Fall), lähmungsartiger Husten (6 Fälle), weiter Lähmungen einer ganzen Körperhälfte (7 Fälle), Lähmung einer Extremität (6 Fälle). Der Typus der Lähmung ist immer ein schlaffer, nur in einem Fall wurde die schlaffe Lähmung 3 Tage vor dem Tode zu einer spastischen. Die Sensibilität zeigt insofern eine Besonderheit, als in 76% Hyperästhesie, in 11% Hypästhesie und nur in 13% normale Sensibilität gefunden wurde. Der Muskeltonus war in 30 Fällen erhöht. Das Verhalten der Reflexe kann außerordentlich verschieden sein. So waren die Patellarsehnenreflexe in 90 Fällen gesteigert, in 52 lebhaft, in 52 eben noch auslösbar und in 36 Fällen fehlend. Die Bauchdeckenreflexe sind in der Mehrzahl der Fälle träge, wenn nicht ganz erloschen. Das Verhalten der Temperatur ist kein gesetzmäßiges. Man kann nur sagen, daß die Temperatur sich in der Mehrzahl der Fälle in einer bestimmten, die gewöhnlichen Tagesschwankungen nicht überschreitenden Höhe bewegt und daß regelloses Wechseln zwischen hoher und niederer Temperatur seltener zu beobachten ist. Oft kann man eine sattelförmige Kurve finden, d. h. die Temperatur sinkt allmählich und geht dann wieder allmählich in die Höhe.

Zu bemerken wäre noch, daß in dem ganzen Material kein einziges Mal ein durchaus fieberfreier Verlauf zu finden war; in 3 Fällen jedoch war die Temperatur während einiger Tage normal. Die Pulsverlangsamung und Arhythmie ist ein sehr konstantes Symptom (71%). Der Beginn derselben verteilt sich auf den 10.—6. Tag a. e. nur in einem Falle trat sie schon am 12. Tag a. e. auf. Die Pulsverlangsamung hält zwischen 2 und 7 Tage an, in einem Fall 9 Tage. Die Art des Auftretens kann entweder in einem steilen oder auch mehr allmählichen Abfall bestehen. Dasselbe kann auch wieder beim Verschwinden konstatiert werden. Gegen den Exitus zu finden wir die höchsten Zahlen, doch kann es terminal auch noch zu einem steileren Abfall der Pulskurve kommen. Temperatur und Pulskurve verlaufen in vielen Fällen nicht parallel. Der Ernährungszustand bei Beginn der Erkrankung an Meningitis tuberculosa ist gewöhnlich ein schlechter. Die Gewichtszahlen der an Meningitis tuberculosa erkrankten Kinder bleiben sehr stark unter dem mittleren Durchschnitt zurück. Auch nach der subjektiven Schätzung ist der Ernährungszustand in nur 10% der Fälle ein guter, während in 90% ein schlechter gefunden wurde.

Meistenteils (81%) nehmen die Kinder Seitenlage ein. In etwa 45% dieser Fälle konnte die charakteristische Jagdhundstellung nachgewiesen werden. Die Haut ist meist blaß, trocken, welk. Sehr selten wurde ein Dekubitus gefunden. Von tuberkulösen Erkrankungen der Haut fanden sich in 8 Fällen Skrofuloderm, in 2 Fällen Lichen scrofulosorum, in 15 Fällen Tuberkulide. Die Drüsen (soweit sie palpabel sind) sind meistens klein, derb, nicht druckempfindlich. Erkrankungen der Lunge wurden in einem Drittel der Fälle angetroffen.

Hauptsächlich handelte es sich um Bronchitiden, die entweder der Hypostase oder aber dem miliaren tuberkulösen Prozesse selbst ihre Entstehung verdanken. Das Abdomen liegt in den meisten Fällen unter dem Niveau des Thorax. Bei besonders tief eingesunkenem Abdomen spricht man von Kahnbauch. Nur in 12 Fällen war der Bauch aufgetrieben. In 4 Fällen wurde dieses Verhalten durch eine starke Leber- und Milzschwellung hervorgerufen, in 2 Fällen möglicherweise dadurch, daß eine schwere Darmtuberkulose bestand.

In 37 Fällen wurde eine Vergrößerung der Leber, in 23 eine Vergrößerung der Milz nachgewiesen. Pathologisches Verhalten der Augen ist ebenso häufig wie mannigfaltig. Conjunctivitis catarrhalis, Conjunctivitis und Keratitis ekzematosa, sowie Lähmungserscheinungen der Augenmuskeln kommen vor. Bei 64 Fällen wurde ein genauer Augenspiegelbefund erhoben. In 14 davon war der Fundus normal, in 42 Fällen waren Papillenveränderungen (die verschiedene Grade von Stauungspapille), in 8 Fällen Chorioidaltuberkel vorhanden. In der Mehrzahl der Fälle (34 Fälle) finden sich weite Pupillen, in einem geringen Prozentsatz (7 Fälle) enge. Sehr häufig, besonders in der letzten Woche, ist eine Ungleichheit der Pupillen zu beobachten. Die Reaktion war in 66 Fällen prompt, in 108 Fällen träge, in 83 Fällen nicht auslösbar. In der letzten Woche wurde in 82 Fällen träge und in 77 negative Reaktion gefunden.

Otitis media wurde klinisch in 10 Fällen diagnostiziert. Die Fontanelle war in 19 von 22 in Betracht kommenden Fällen vorgewölbt und gespannt, in 2 Fällen war die Fontanelle grübchenförmig, in einem Fall eingesunken.

In keinem Fall war eine Nephritis zu konstatieren. Die Quinckesche Lumbalpunktion ermöglicht das ganz genaue Studium des Liquor cerebrospinalis. Der Druck, unter welchem die Lumbalflüssigkeit steht, war — nur schätzungsweise gemessen — in 81 Fällen stark, in 45 mittel, in 27 schwach gewesen. In 67 Fällen war die Lumbalflüssigkeit klar, in 152 leicht getrübt, in 14 Fällen stark getrübt. Stellt man das Lumbalpunktat für einige Stunden in den Brutschrank, so bildet sich ein Gerinsel. Nur in 22 Fällen fehlte dieses. Die mikroskopische Untersuchung ergibt in 52 von 56 Fällen mononukleäre Leukozyten. Der Nachweis von Tuberkelbazillen ist sehr schwierig, und er gelang von 44 Fällen nur 16 mal. Die chemische Untersuchung ergibt Eiweiß, in der Menge von $^1/_4$—$4^0/_{00}$ nach Brandberg gemessen. Die Mayerhofersche Methode der Permanganattitration ist für die Diagnose der Meningitis tuberculosa sehr brauchbar. Auch scheint die Methode von Pollack und Lenk zur Bestimmung des peptolytischen Index einige Bedeutung für die Diagnose zu haben. Das Verhalten des Organismus bei Meningitis tuberculosa gegenüber dem Tuberkulin zeigt einige Besonderheiten. Die Pirquetsche Reaktion war im ganzen genommen in $74^0/_0$ positiv, in $21^0/_0$ negativ und in $5^0/_0$ unsicher. In der vorletzten Woche a. e. war sie in $65^0/_0$ positiv, in $26^0/_0$ negativ. Die Abnahme der Reaktionsfähigkeit von Tag zu Tag wird an 2 Beispielen gezeigt. Dort, wo die Pirquetsche Reaktion versagt, kann man mittels der subkutanen und intrakutanen Reaktion noch positive Resultate erhalten.

Verlauf und Dauer. Der Beginn der Erkrankung ist entweder ein plötzlicher oder allmählicher, und zwar in ganz gleichem Verhältnis (141 : 142). Da man für eine Reihe von Fällen jedoch ungenaue Beobachtung voraussetzen kann, so würde der allmähliche Beginn häufiger sein. Der plötzliche Beginn ist häufiger bei Kindern der ersten 2 Jahre, im 3. und 4. Lebensjahre sind die Verhältnisse ziemlich gleich, in den späteren Jahren ist der allmähliche Beginn der häufigere. Die Dauer der Erkrankung beträgt in 2,6% 1 Woche, in 18% 2, in 29% 3, in 26% 4, in 5% 5, in 4% 6, in 1% 7 Wochen.

Bei 32 Fällen war eine Krankheitsdauer von über 4 Wochen zu konstatieren. Die längere Erkrankungsdauer, zu der die älteren Kinder ein bedeutend größeres Kontingent stellen als die jüngeren, ließ sich teils auf eine subakute miliare Tuberkulose in den Organen mit Ausnahme des Gehirns, in 3 Fällen auf eine subakute Meningitis tuberculosa, in 6 Fällen auf Solitärtuberkel zurückführen. Weitere Gründe für eine längere Krankheitsdauer sind durch andere aktive tuberkulöse Prozesse gegeben, oder auch durch zufällige Erkrankungen anderer Ätiologie, wie z. B. durch eitrige Otitis. Foudroyant verlaufende Fälle konnte Koch in seinem Material nicht finden. Die Einteilung des Verlaufes der Meningitis tuberculosa in bestimmte Stadien, welche für didaktische Zwecke üblich ist, muß als etwas gezwungen bezeichnet werden. Wenn man auch bestimmte Symptome häufiger am Anfang, in der Mitte oder am Schlusse antrifft, so kommen doch so viele Ausnahmen vor, daß von einem schematischen Einhalten eines bestimmten Verlaufes nicht die Rede sein kann.

Zur Feststellung der Diagnose „Meningitis tuberculosa" ist es zweckmäßig, sich an folgendes Schema zu halten:

Es ist der Nachweis einer Meningitis zu führen. Es ist nach den für die Erkrankung der Meningen charakteristischen Symptomen zu fahnden und der durch die Quinckesche Lumbalpunktion gewonnene Liquor cerebrospinalis einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Die tuberkulöse Ätiologie der konstatierten Meningitis ist nachzuweisen. Es ist festzustellen:

a) ob bereits eine Tuberkulose vorhanden ist, sei es durch Nachweis einer klinisch diagnostizierbaren älteren tuberkulösen Erkrankung, sei es durch eine Tuberkulinreaktion. b) Ob eine miliare tuberkulöse Aussaat erfolgt ist. Für diesen Nachweis werden Hauttuberkulide einer miliaren Tuberkulose der Lungen (mittels Röntgenapparates) oder Chorioidaltuberkel von Wichtigkeit sein. Einen vollständig abschließenden Beweis wird erst die Auffindung von Tuberkelbazillen im Liquor cerebrospinalis bringen.

An der Hand von Fehldiagnosen des vorliegenden Materials wird die Differentialdiagnose besprochen. Die Fälle sind nach zwei Gesichtspunkten geordnet.

1. Erkrankungen mannigfacher Art können das Bild einer Meningitis tuberculosa vortäuschen. 2. Die Meningitis tuberculosa verläuft auf eine atypische Weise, wodurch das gewöhnliche Bild derselben undeutlich und verwischt wird.

ad 1. a) Tumoren des Gehirnes sowohl tuberkulöser wie auch

anderer Ätiologie (Zystosarkom, Abszesse) bereiten häufig Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung.

b) Die Meningitis cerebrospinalis epidemica im subakuten Stadium hat in 3 Fällen zu Verwechslungen Anlaß gegeben.

c) Die Poliomyelitis anterior acuta kann meningeale Bilder geben.

d) Alle die ins Gebiet der Meningitis serosa fallenden Erkrankungen sind differentialdiagnostisch von Wichtigkeit. Dazu gehören: die sekundären, durch eine nachzuweisende Erkrankung bedingten meningealen Bilder. Die Pneumonie, besonders die Oberlappenpneumonie. Manche Störungen von Seiten des Magen-Darmtraktes. Scharlach, Pertussis (nach Neurath), Typhus abdominalis, Otitis media purulenta.

Primäre, ohne nachweisbare Ursache auftretende meningeale Bilder.

e) In einem Fall stellte sich ein für Meningitis tuberculosa suspektes Krankheitsbild als Rheumatismus der Nackenmuskulatur heraus.

f) Vergiftungen, besonders endogen entstandene, wie Coma diabeticum und Urämie, können zu Verwechslungen Anlaß geben.

ad. 2. Störungen von Seiten des Magen-Darmtraktes können derart im Vordergrund des klinischen Bildes stehen, daß die Grundursache, nämlich die Meningitis tuberculosa, übersehen wird. Hierher gehören auch die Fälle, bei denen Symptome komplizierender Erkrankungen die dadurch bestehende Meningitis tuberculosa verdecken (so z. B. Cystitis, Pleuritis obsoleta, Empyem.)

Die Prognose der Meningitis tuberculosa ist infaust zu stellen. Jedoch wird in der Literatur über einwandfreie Fälle von geheilter Meningitis tuberculosa berichtet. Im Material des Verfassers ist kein solcher zu verzeichnen gewesen. Die Therapie kann bei der Meningitis tuberculosa nicht viel leisten. Sie ist nur symptomatisch. Bei Aufregungszuständen ist mit Narcoticis nicht zu sparen. Eine chirurgische Behandlung ist ebenso wie eingreifende reizende Mittel zu verwerfen. Schick (Wien).

Kurt Blühdorn, Ein Fall von Paratyphuserkrankung beim Brustkind durch Kontaktinfektion. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 80—81.) 12 Wochen altes Kind erkrankte akut unter hohem Fieber, Diarrhöen und Symptomen einer Intoxikation. Kulturell wurden im Stuhle Paratyphus-Bazillen nachgewiesen. Vier Tage vor der Erkrankung des Säuglings waren die Mutter und die anderen 3 Kinder im Alter von 4, 5 und 6 Jahren nach Wurstgenuß unter hohem Fieber, Mattigkeit, Übelsein, Schwindelgefühl, Erbrechen und häufigen dünnen Stühlen erkrankt. Diese Fälle wurden nicht bakteriologisch untersucht. Schick.

P. Reyher, Über die Beziehungen der orthotischen Albuminurie zur Tuberkulose. (Mschr. f. Kindhlk.12. 1913 S. 82—99.) 20 genau klinisch verfolgte Fälle von orthotischer Albuminurie zeigten in bezug auf Verhalten der Temperatur, Röntgenbefund und Tuberkulinreaktion usw. Symptome von Tuberkulose der Bronchialdrüsen. Erst alle 3 erwähnten Hauptsymptome zusammen erlauben die Diagnose Tuberkulose. Länger dauernde Fiebersteigerungen allein können auch

auf Grund von chronischen Katarrhen des oberen Nasenrachenraumes zustandekommen.

Ob außer der Tuberkulose noch andere chronische Schädigungen gelegentlich bei der Erzeugung orthotischer Eiweißausscheidung mitwirken können, läßt Verf. unentschieden. Schick.

A. Hayashi, Über den Übergang von Eiweißkörpern aus der Nahrung in den Harn bei Albuminurie der Kinder. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 101—110.) Die bisherigen Untersuchungen stimmen in ihren Resultaten nicht überein. Es scheint als ob das per os eingeführte artfremde Eiweiß unter gewissen Umständen in die Blutbahn übergeht und bei geschädigter Niere und bestehender Albuminurie auch im Harn erscheinen kann. Verf. hat 30 Kinder (1 Säugling und 29 ältere Kinder) mit Albuminurie untersucht. Es ergibt sich, daß offenbar akute Infektionskrankheiten eine Disposition zur alimentären Albuminurie herbeiführen können. Es müssen daneben noch irgend welche begünstigenden Momente eine Rolle spielen, da nur ein Bruchteil der Kinder mit postinfektiösen Albuminurien auch alimentäre Albuminurie zeigt. Am häufigsten sind die Eiweißkörper der Kuhmilch nachweisbar. Schick.

Dorner, Über den Status epilepticus und seine Bekämpfung mit hohen Dosen von Atropin. sulf. (Allg. Ztschr. f. Psychol. 19. 1912 H. 1.) Das Atropin. sulf. wird vom Epileptiker in der 3—5 fachen Maximaldosis — in der 3 fachen Dosis auch von jugendlichen Kranken — ohne Schädigung vertragen. Es ist in diesen Dosen imstande, in einzelnen Fällen von Status epilepticus die Anfälle zu kupieren, in anderen sie nach Zahl und Intensität abzuschwächen, so die Lebensgefahr zu beseitigen und sie allmählich ganz zum Schwinden zu bringen; auch bei aussichtslosen Fällen zeigt es noch vorübergehende Wirksamkeit. In allen Fällen hat es sich als Herztonikum bewährt. Es ist daher als ein empfehlenswertes Mittel zur Bekämpfung des Status epilepticus zu betrachten, besonders da, wo sich wegen Herzschwäche andere sonst erprobte Mittel (Chloralhydrat) verbieten. Eine Kombination von Atropin mit anderen Antiepilepticis könnte dessen Wirksamkeit noch erhöhen. Bei gleichzeitiger Anwendung von Amylenhydrat und Atropin werden die Anfallpausen verlängert.

Kurt Mendel.

Max Meyer, Zur Frage therapeutischer Maßnahmen bei genuiner Epilepsie. (Neurolog. Zentr. 1913 Nr. 3 und 4.) 1. Es gelingt in weitaus der Mehrzahl der Fälle von echter genuiner Epilepsie, durch kochsalzarme Kost ohne gleichzeitige Bromdarreichung die Zahl der Anfälle wie ihre Intensität herabzusetzen, ohne für das Allgemeinbefinden oder psychische Verhalten der Kranken bei steter Kontrolle der Diurese und Regelung des Stuhls besondere Gefahren befürchten zu müssen.

2. In einem gewissen Prozentsatz der Fälle läßt sich wiederum durch Kochsalzzulage zu einer kochsalzarmen Kost ein Anfall auslösen, wobei dieser Chlorschwellenwert ganz individuellen Verhältnissen angepaßt ist. Dieser Punkt kann in solchen Fällen von Bedeutung sein, wo die Differentialdiagnose zwischen echt genuin-epileptischen An-

fällen oder epileptiformen oder Simulation Schwierigkeiten macht, und zwar in dem Sinn, daß der positive Ausfall, d. h. die Auslösbarkeit von Anfällen durch größere Kochsalzgaben, für genuine Epilepsie spricht und als Unterstützung zur Diagnose zu den eingangs mitgegeteilten Kriterien herangezogen werden kann.

3. Es scheint der Versuch gerechtfertigt, durch ein möglichst indifferentes Diuretikum, wie Harnstoff, eine starke Diurese konstant zu erhalten und dabei festzustellen, ob die Anfälle nicht in ganz bestimmten Intervallen auftreten, so daß es möglich erscheint, zu dieser Zeit, wenn auch nicht die Anfälle zu unterdrücken, so doch immerhin die Kranken vor schwereren Verletzungen zu sichern.

4. Sofern die Kranken an größere Bromdosen längere Zeit gewöhnt sind, können diese nicht plötzlich entzogen werden, da in den Zeiten der Bromentziehung Erscheinungen von Schwindel und motorischer Unruhe leicht auftreten, wie überhaupt ein Wechsel in der Behandlung stets eine genaue, wenn möglich Krankenhausbeobachtung wünschenswert erscheinen läßt. Kurt Mendel (Berlin).

E. Stettner, Untersuchungen (mit Hilfe der Weichardtschen Reaktion) über die Beeinflussung der Katalysatorentätigkeit des Blutes und von Gewebeflüssigkeit im Kindesalter. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Erlangen, Direktor Prof. Dr. Jamin.) Ztschr. f. die gesamte exper. Medizin 2. 1913 H. 3.) 1. Die Katalysatoreigenschaften des Blutes stehen in Beziehung zu seinem Zellbestande und seinem Hämoglobingehalte. Vielfach hebt sich die katalytische Kraft bei Infektionserkrankungen gleichzeitig mit dem Auftreten einer Leukozytose.

2. Der nach Weichardt dargestellte Blutkatalysator zeigt die katalytischen Fähigkeiten am reinsten.

3. Dem Blutserum kommen in stärkerem Maße katalysatorhemmende Eigenschaften zu.

4. Bei Anwendung eines anorganischen Osmiumkatalysators zeigt sich eine gegenseitige Beeinflussung mit dem Blutkatalysator im Sinne der Lähmung. Der organische Blutkatalysator erweist sich gegenüber der Einwirkung eines anorganischen Katalysators (kolloidales Osmium) und gegenüber der Einwirkung von Eiweißspaltprodukten widerstandsfähiger als kolloidales Osmium.

5. Die mit dem Weichardtschen Blutkatalysator angestellten Versuche ergeben in drei Fällen für das Spasmophilieblut eine Verminderung der katalytischen Fähigkeiten. K. Boas (Halle a. d. S.)

Mandelbaum, Veränderungen im Liquor cerebrospinalis bei Meningitis tuberculosa. (Aus dem Patholog. Institut des städt. Krankenhauses München-Schwabing, Professor Dr. Oberndorfer.) (D. A. f. kl. M. 113. 1913.) In der Lumbalflüssigkeit von an Meningitis tuberculosa gestorbenen Personen erscheinen nach dem Tode große mononukleäre Zellen in großer Anzahl. Dieselben sind Makrophagen, sie stammen wahrscheinlich vom Endothel der Meningen, sie enthalten sehr häufig Tuberkelbazillen intrazellulär gelagert, sie sind die Träger des peptolytischen Fermentes, deshalb ist der peptolytische Index in der Lumbalflüssigkeit nach dem Tode,

Ursache Meningitis tuberculosa, im Vergleich zu den Werten während des Lebens enorm erhöht. Der Beginn der Auswanderung erfolgt kurz vor dem Tode. Gleichwie das Endothel der Meningen vermag auch das Endothel anderer seröser Häute Glycyltryptophan in hohem Maße zu spalten und sich in Zellen vom Typus der Makrophagen umzuwandeln. K. Boas (Halle a. d. S.).

A. Seitz, Über sekundäre Appendizitis bei Scharlach. (Aus dem path. Institut der städt. Krankenanstalten zu Köln, Direktor Professor Dr. Jores.) (Frankf. Ztschr. f. Pathol. 14. 3. 1913.)

Es handelt sich um zwei Geschwister, die an einem schweren, mit hämorrhagischen Durchfällen und schwerer Benommenheit verlaufenden Scharlach bereits am 5. Krankheitstage verstorben waren.

Die makroskopische Leichendiagnose lautete bei beiden: Akute Appendizitis, nekrotisierende Tonsillitis, Schwellung des gesamten lymphatischen Apparates.

Der Wurmfortsatz des Falles I, eines 3 jährigen Kindes, war $7^1/_2$ cm lang, leicht S-förmig gekrümmt, aber ohne stärkere Knickung oder Verwachsung, das Mesenteriolum mittellang und zart. Das distale Drittel war kolbenförmig verdickt, von fester Konsistenz, der Serosaüberzug überall glatt und spiegelnd und intensiv gerötet durch starke Füllung aller Gefäße. Auf Querschnitten des zunächst unaufgeschnitten in Formollösung fixierten Organs war als einzige Veränderung eine starke Hyperämie sämtlicher Wandschichten im Bereiche der Verdickung, deren größter Durchmesser 10 mm betrug, festzustellen; das Lumen war nicht erweitert und ohne Inhalt. Die Wandlung zeigte keine Herderkrankungen.

Im Falle II, einem 5 jährigen Knaben, bot der Wurmfortsatz einen ganz analogen Befund, nur waren die Veränderungen noch hochgradiger, die kolbige Verdickung von einem größten Durchmesser von 12 mm, die Hyperämie in ihrem Bereiche noch stärker, das Lumen etwas erweitert. Die Serosa hatte eine noch stärkere Gefäßfüllung, die ihm eine diffus-violettrote Farbe gab, außerdem hatte sie an der Kuppe eine stecknadelgroße, anhaftende, gelbe Auflagerung und in deren Umgebung eine etwa linsengroße, hauchartige Trübung.

Dieser makroskopische Befund, die starke Schwellung und Hyperämie, charakterisierten die Appendizitis als eine akute und so frische, daß von der mikroskopischen Untersuchung auch Aufschlüsse über den stattgehabten Infektionsmodus erwartet werden konnten.

Die noch bestehende Tonsillitis und die Schwere der Allgemeininfektion, die aus der Art des klinischen Verlaufs und dem Fehlen einer anatomisch greifbaren Todesursache geschlossen werden mußte, ließen zunächst an eine hämatogene Entstehung mit den Tonsillen als Eintrittspforte denken, die Heubner und mit ihm Meyer, beim Scharlach nach klinischen Beobachtungen annehmen und die Kretz nach seinen anatomischen Befunden für die Appendizitis überhaupt als die Regel betrachtet.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden beide Wurmfortsätze in eine Anzahl von Blöcken zerlegt, in Paraffin eingebettet und in Serien geschnitten, jeder 2.—3. Schnitt wurde aufgelegt; gefärbt wurde außer

nach den üblichen Übersichtsmethoden auf Bakterien nach Gram-Weigert, auf Plasmazellen nach Unna-Pappenheim, und nach Bedarf wurden die Methoden zur Färbung der Blutelemente, verdünnte Giemsa-Lösung und May-Grünwald-Giemsa-Färbung, angewandt.

Wie die makroskopischen, so stimmten auch die mikroskopischen Veränderungen in beiden Fällen durchaus überein: Sie bestanden im wesentlichen in herdförmigen Ansammlungen von Lymphozyten, Plasmazellen und eosinophilen Leukozyten in der Umgebung der Gefäße aller Wandschichten mit Ausnahme der Schleimhaut.

K. Boas (Halle a. d. S.).

Grumme, Über die Möglichkeit, den Fettgehalt der Milch zu steigern. (Tierexperimentelle Studie.) (Ztschr. f. exper. Pathol. u. Ther. 14. 1913 H. 3.) Angeregt durch die Versuche anderer Autoren, die Menge der Milch durch die Art der Ernährung zu beeinflussen, richtete Verf. sein Augenmerk auch auf die Zusammensetzung der Milch, speziell deren Fettgehalt. Ausgehend von der Tatsache, daß in landwirtschaftlichen Betrieben durch Kraftfutter eine Steigerung der Milchmenge erstrebt und erreicht wird, gab er mehreren Ziegen die für stillende Frauen empfohlene Kraftnahrung Malztropon.

Angelegt wurden die Versuche derart, daß die dazu verwandten 3 bzw. 4 Ziegen wochenlang ein stets gleichmäßiges, täglich abgewogenes Futter erhielten und außerdem zeitweilig 200 g Malztropon pro die. Alle 12 Stunden wurden die Ziegen gemolken, die Milch sofort mittels Zentrifuge geschleudert und die so gewonnene Sahne nach 3—4 Tagen als saure Sahne verbuttert. Die für drei Versuchsreihen angelegten Tabellen ergaben durch Malztropon eine durchschnittliche Vermehrung der Milchmenge um 18%, Erhöhung des prozentualen Fettgehaltes der Milch um fast ein Drittel und Steigerung der Tagesleistung an Fett um mehr als die Hälfte gegenüber der gewöhnlichen Fütterung.

K. Boas (Halle a. d. S.).

W. C. Deeks, „Infant feeding in the tropics“. (Journ. Trop. Med. Hyg. 1. 1911 H. 7.) In Panama unter c. 8 n. Br., wo der Verf. ärztliche Praxis ausübt, beträgt die Mortalität der Säuglinge meist über 20%. Letztere bekommen dort selten eine andere Nahrung als süße kondensierte Milch und Mehlbrei, daher die vielen Verdauungsstörungen! Alle hier zur Verwendung kommenden Milchkonserven enthalten zu viel Kohlehydrate und machen die Kinder fett und faul. Erschwerte Dentition, hartnäckige Verstopfung, wechselnd mit gelegentlichen Durchfällen, bilden weitere Folgen dieser widersinnigen Ernährungsweise. Auf Grund exakter Analysen der verschiedenen Arten kondensierter, gezuckerter sowie ohne Beimengung von Zucker sterilisierter Milch stellt Verf. eine genaue Tabelle auf über die Mischungsverhältnisse der gezuckerten und ungezuckerten Milch und deren Verdünnung mit abgekochtem Wasser, wie er solche für die Kinder in warmen Ländern während der ersten Lebensjahre hergestellt wissen will. Er beginnt für ein zwei Tage altes Kind mit 1 Teel. kondensierter und 3 Teel. ohne Zucker sterilisierter Milch auf 60 Teel. abgekochtes Wasser. Hiervon gibt er 15—30 g sechs- bis achtmal

täglich. Er steigt langsam und reicht während der ersten bis vierten Lebenswoche 1 Teel. gezuckerter mit 3 Teel. nicht gezuckerter Milch auf 16 Teel. Wasser. Hiervon 60 g achtmal pro die. Von der fünften Woche an gibt er die gleiche Mischung mit nur 12 Teel. Wasser, wovon das Baby 90—120 g sieben- bis achtmal täglich erhält. Vom Beginn des sechsten Monats an versetzt er die gleiche Mischung mit 12 Teel. Gerstenwasser und läßt das Kind hiervon 210—270 g sechsmal täglich trinken. Vom Schlusse des ersten Lebensjahres an legt er 1 Ei pro Tag zu und außerdem etwas geröstetes Brot mit Butter. Das Kind erhält jetzt 5 Mahlzeiten täglich. Vom 15. Monat an gestattet Verf. 2 Eier täglich und hierzu 3 Milchmahlzeiten. Mit $1^1/_2$ Jahren geht er zu leichter gemischter Nahrung über und läßt reine, nicht gezuckerte Milch, verdünnt mit der doppelten Menge Wasser, trinken. Nach Ablauf von 2 Jahren beschränkt er das Kind auf nur 3 Mahlzeiten den Tag. Dazu gibt er in jedem Falle Zitronenwasser, um Verstopfung zu verhüten. Ist letztere dennoch eingetreten, so läßt er der Milch 2 Teel. Magnesia beifügen. Ist der Stuhl wieder normal geworden, so ersetzt er sie durch 2 Teel. Kalkwasser. Natürlich ist gewissenhaft darauf zu achten, daß die Milchmischung stets frisch bereitet und niemals sauer ist.

Kronecker (Berlin-Steglitz).

Johannes Piske, Zur Kenntnis der Stillschen Krankheit. (Aus der Kinderklinik [Heinrich-Kinderhospital] in Kiel.) (M. Kl. 1913 Nr. 48.) Während in England 20 Fälle zur Beobachtung kamen, wurde in Deutschland der erste Fall von Stock im Jahre 1904 beschrieben. Er stammt gleichfalls aus der Kinderklinik. Der zweite Fall ist dann der von Köppe eingehend geschilderte aus der Gießener Kinderklinik.

Hier handelte es sich um einen Knaben, der im Alter von noch nicht ganz zwei Jahren an einer Gelenkaffektion erkrankte, die an den Füßen mit einer Schwellung der Knöchel begann und sich langsam auch auf andere Gelenke ausdehnte. Gleichzeitig machte sich eine starke Schwellung der Lymphdrüsen und der Milz bemerkbar. Unter wechselnden Fiebererscheinungen war der Verlauf ein äußerst langwieriger. Die Erkrankung dauerte vom Herbst 1909 ohne dauernde Besserung bis zum Juli 1911, wo am 28. Juli der Exitus erfolgte. Nach seinem ganzen Verlaufe wie nach den begleitenden Symptomen entspricht das Krankheitsbild vollkommen dem von Still beschriebenen. Der Exitus erfolgte durch eine fortschreitende chronische Pneumonie. Aus dem eingehenden Sektionsbericht ist für die Ätiologie zwar nichts zu entnehmen, jedoch haben sich irgendwelche Anzeichen für Tuberkulose nicht ergeben.

Von den hier in Kiel zur Beobachtung gelangten 2 Fällen hat der erste insofern ein besonderes Interesse, als er der einzige geblieben ist, der zur völligen Ausheilung kam. Er ist seinerzeit von Stock beschrieben worden, aber über den bleibenden günstigen Ausgang können wir wohl erst jetzt ein richtiges Urteil fällen, da nunmehr fast zehn Jahre verflossen sind, ohne daß sich auch nur die geringsten Erscheinungen wieder gezeigt haben.

Es handelte sich um eine Gelenkaffektion bei einem zweijährigen Knaben aus gesunder Familie und günstigen äußeren Verhältnissen,

die nach einem wochenlangen Vorstadium unbestimmter, besonders auf den Magendarmkanal bezogener Beschwerden unter hohen Fiebererscheinungen und begleitet von kleinfleckigen, flüchtigen Exanthemen zu multiplen Gelenksschwellungen, Drüsenschwellungen und Milztumoren führte. Die Fieberanfälle traten periodisch auf mit starken Remissionen und langsamem lytischen Abfall und waren begleitet von einer stärkeren Schwellung und Empfindlichkeit symmetrischer Gelenke, wie auch der Lymphdrüsen und der Milz. Die Gelenke waren auch in der fieberfreien Zeit erheblich in ihrer Funktion gestört. Beteiligt waren die Handwurzel- und Mittelhandgelenke, die Fußwurzel- und Mittelfußgelenke, die Gelenke der Hals- und Brustwirbelsäule, die Ellbogen- und Kniegelenke, während die Schulter- und Hüftgelenke und die Gelenke der Zehen und Finger frei blieben. Die Schwellung der Lymphdrüsen und der Milz wechselte mit der Steigerung der Temperatur und der Schwellung der Gelenke. Symptome irgendwelcher Erkrankung der serösen Häute, ebenso von seiten des Herzens wurden nicht festgestellt, ebensowenig an den Nieren. Das Blut bot normale Verhältnisse.

Nach längerer vergeblicher Anwendung von antirheumatischen Mitteln erfolgte die Ausheilung unter systematischer Einreibung der Gelenke mit Ungt. colloidale Credé.

Im Falle des Verf. handelt es sich um ein siebenjähriges Mädchen, bei dem sich, ohne daß die Eltern einen genaueren Zeitpunkt angeben konnten, eine Affektion der Gelenke, beginnend an den Fußgelenken, mit Schwellung des Fußrückens ausgebildet hatte. Außerdem war das Kind wegen Lymphdrüsenschwellung schon längere Zeit auf „Skrofulose“ behandelt worden. Im Sommer 1912 nahmen die Erscheinungen einen solchen Grad an, daß das Kind nicht mehr gehen konnte. Salizylbehandlung blieb ohne Erfolg, die Kutanreaktion nach v. Pirquet war negativ. Unter Fieberperioden, die schließlich immer schneller wieder einsetzten, ging die Gelenkaffektion auch auf die Knie- und Handwurzelgelenke über. So wurde das Kind schließlich mit sämtlichen Symptomen der Stillschen Krankheit, symmetrische Gelenkaffektionen, periodische Fiebersteigerung, Lymphdrüsenschwellung und Milztumor, in das Kinderhospital aufgenommen. Hier war der Verlauf dann auch weiterhin ein recht typischer. Unter ziemlich gleichmäßigen Fieberperioden, die mit fieberfreien Zeiten abwechselten, traten die Krankheitserscheinungen an den befallenen Organen deutlicher hervor beziehungsweise gingen wieder zurück. Mit den Fieberhöhen zeigte sich meist gleichzeitig eine stärkere Schmerzhaftigkeit und Schwellung von Lymphdrüsen und Milz, sowie geringere Beweglichkeit, bedingt durch Schmerzen an den Gelenken. Dabei ließ sich eine direkte Beteiligung der inneren Gelenke nicht feststellen, vielmehr bestand eigentlich nur eine Beteiligung der äußeren, um die Gelenke liegenden Gewebe, die besonders deutlich an den Handrücken und an den Kniegelenken hervortrat. Im Röntgenbilde ließen sich Veränderungen an den Handgelenken und an den Kniegelenken nicht erkennen. Der im allgemeinen merkwürdig gleichmäßige Typus der Temperaturen änderte sich erst mit dem Auftreten manifester Lungenerscheinungen. Die kurz nach der Aufnahme hergestellte Röntgenauf-

nahme des Thorax ergab, abgesehen von dem Schatten am Lungenhilus, eine gleichmäßige schattenfreie Zeichnung beider Lungenseiten. Diesem Bilde entsprachen auch die Ergebnisse der physikalischen Untersuchungsmethoden. Für eine tuberkulöse Affektion der Lunge und der Pleura fehlte jeder Anhaltspunkt. Die vorgenommenen Untersuchungen und Reaktionen auf Tuberkulose (Kutanreaktion nach v. Pirquet, Blutuntersuchung auf Tuberkelbazillen) hatten ein völlig negatives Resultat.

Leider ist nach Manifestwerden der Lungenerscheinungen eine neue Kutanprobe unterblieben. Jedoch war die Temperatursteigerung derartig hoch und der Verlauf der Lungenaffektion und der fortschreitende Verfall ein derartig rapider, daß es zweifelhaft erscheint, ob jetzt noch die Kutanprobe positiv ausgefallen wäre. Auch die Untersuchung des Bluts auf andere Erreger ergab ein negatives Resultat. Die Platten blieben völlig ohne Wachstum. Durch die Sektion wurde eine Miliartuberkulose, ausgehend von einer verkästen und zerfallenen Bronchialdrüse, festgestellt. Auf die gleiche Infektion werden auch wohl die plötzlich einsetzenden Lungen- und Brustfellerscheinungen zurückzuführen sein.

Während wir es so im ersten Falle mit einer reinen Form der Stillschen Krankheit zu tun haben, die eben deshalb zur Ausheilung gebracht wurde, weil sie sehr frühzeitig bemerkt und entsprechend behandelt werden konnte, würde man im zweiten Falle versucht sein können, an einen Fall von Poncetscher Krankheit (tuberkulöser Rheumatismus) zu denken.

Poncet hat bekanntlich auf den Zusammenhang von rheumatischen Gelenkerkrankungen mit einer bestehenden, wenn auch latenten Tuberkulose eindringlich hingewiesen und durch zahlreiche Beispiele und eingehende Besprechung die verschiedenartigen Formen des tuberkulösen Gelenkrheumatismus erläutert. Weder von Poncet selbst, noch von den zahlreichen Autoren, die nach ihm Fälle von tuberkulösem Rheumatismus schildern, ist auf eine hervorstechende Beteiligung der Lymphdrüsen wie der Milz hingewiesen worden. In der von Esau gegebenen Besprechung eines Falles von tuberkulösem Rheumatismus ist sogar direkt angegeben: „Allgemeine Lymphdrüsenschwellungen sind nicht vorhanden". Auch bei P.s Fällen, über die Kobylinska aus der Heubnerschen Klinik berichtet, finden wir von einer Beteiligung der Lymphdrüsen nichts erwähnt, ebensowenig bei Laub, Rombach und Popper. Wir haben deshalb wohl keinen Grund, anzunehmen, daß derartig auffallende Symptome von diesen Autoren einfach außer acht gelassen worden sind. Hierzu kommt noch, daß weder bei den von Köppe, noch bei den von Still erhobenen Sektionsbefunden trotz der langen Dauer der Erkrankung eine tuberkulöse Affektion der Lymphdrüsen oder der Gelenke gefunden wurde. Um so mehr muß also die Eigenartigkeit des von Still geschilderten Krankheitsbildes auffallen und in ihrem ganzen Verlauf als besondere Affektion ansprechen.

In dem ersten hier beobachteten Falle kam die Erkrankung zur Ausheilung, ohne daß an den beteiligten Lymphdrüsen und Gelenken irgendwelche dauernden Veränderungen zurückblieben. Auch wäh-

rend der nunmehr fast zehnjährigen Dauer der Beobachtung haben sich Anzeichen für eine tuberkulöse Erkrankung nicht ergeben. Verf. ist deshalb der Ansicht, daß es sich auch in dem zweiten Fall um ein weiteres typisches Beispiel der Stillschen Krankheit handelt, bei dem entweder eine frühere Infektion mit Tuberkulose bestanden hat, die bei der fortschreitenden Schwächung des Körpers wieder in ein akuteres Stadium übergegangen ist, oder aber eine frische Infektion erfolgt ist, die bei der Widerstandsunfähigkeit des Körpers unter rapider Ausbreitung über Lunge und Pleura zum schnellen Verfall und schließlich durch käsige Einschmelzung einer Bronchialdrüse, durch Einsetzen einer miliaren Aussaat zum Exitus geführt hat. Im ersteren Falle müßte dann allerdings der negative Ausfall der Kutanreaktion nach v. Pirquet mit einer Reaktionsunfähigkeit des Körpers erklärt werden.

Für die Therapie hat sich nach den bisherigen Beobachtungen ein spezifisches Mittel nicht ergeben. Wenn Salizylpräparate nicht von vornherein anschlagen, dürfte es wohl kaum einen Wert haben, sich mit ihnen länger aufzuhalten. Auf die Höhe der Temperatur hat weder Pyramidon noch Chinin irgendwelchen Einfluß ausgeübt. In dem ersten der Kieler Fälle hat sich systematische Einreibung der Gelenke und Lymphdrüsen mit Ungt. colloidale Credé bewährt, besonders unter gleichzeitiger Anwendung der Stauungshyperämie. Wenn Verf. hierin auch keineswegs eine spezifische Behandlung sieht, möchte er ihre Anwendung immerhin besonders bei frischen Fällen empfehlen. Über den Einfluß einer Röntgenbehandlung liegen bisher leider keinerlei Beobachtungen vor. Grätzer.

H. Jastrowitz, Typhus und Masern, zugleich ein Beitrag zur Klinik des kindlichen Typhus. (Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität in Halle a. S.) (D. m. W. 1913 Nr. 35.) Es wird die seltene Komplikation von Typhus und Masern beschrieben. Die Beobachtung war dadurch besonders wichtig, als der nicht normale Ablauf der Morbillen erst auf die Möglichkeit des Bestehens eines Typhus hinlenkte. Nach Sicherstellung des ersten Falles konnte die ganze Familie des Erkrankten als typhusverseucht überführt werden. Anschließend wird auf die epidemiologische Wichtigkeit der Erkennung gerade leichter sowie atypischer Kindertyphen hingeweisen. Aus hygienischen Gründen erscheint auch für ganz leichte Fälle die obligatorische Krankenhausbehandlung auf öffentliche Kosten ohne Wiedererstattungspflicht in allen Fällen, in denen nicht strengste Isolierung im Hause durchzuführen ist, dringend wünschenswert. Grätzer.

Paula Freund, Vermehrte Glykuronsäureausscheidung bei Säuglingstetanie. (Aus dem Hamburger Säuglingsheim.) (Ebenda.)

Ein Fall von vermehrter Glykuronsäureausscheidung wurde bei einem fünf Monate alten Säugling längere Zeit hindurch beobachtet.

Es handelte sich um ein Kind, das mit den Zeichen hochgradiger spasmophiler Diathese in die Anstalt eingeliefert wurde. Es zeigte typische Karpopedalspasmen, Hände dauernd in Geburtshelferstellung; starke Schreckhaftigkeit; Fazialisphänomen + + +, Pupillenreaktion auf Licht prompt, Fontanelle nicht gespannt, innere Organe ohne Befund, leichte Temperaturerhöhungen.

25. bis 27. Januar hohe Temperaturen bis 40,7°, die sich durch die spärlichen bronchitischen Geräusche auf der Lunge kaum erklären ließen, sondern aufzufassen sein mußten als Symptome der außerordentlich starken Tetanie, da sonst kein pathologischer Befund erhoben werden konnte.

Vom 28. Januar bis 13. Februar, in einer so gut wie fieberfreien Zeit, in der auch keine Medikamente gegeben wurden, ergaben die fast täglich vorgenommenen Urinuntersuchungen: Eiweiß schwach +, Nylandersche Probe +. Die eingehendere Untersuchung des Urins zeigte eine schwache, aber deutliche Linksdrehung, Glykose fehlte also; auch andere Zuckerarten wurden nicht gefunden, die Seliwanoffsche Reaktion war negativ. Es konnte sich also nur um Glykuronsäureverbindungen gehandelt haben.

Das Kind bekam seinem Körpergewicht entsprechende Mengen Malzsuppe; nur einen Tag lang (exp. c.) halb Milch, halb Wasser; an diesem und dem darauf folgenden Tage fand sich keine Glykuronsäure im Harn.

Da die Glykuronsäure wahrscheinlich als ein Zwischenprodukt des Stoffwechsels sowohl nach Fleisch- als auch Kohlehydratnahrung aufzufassen ist (Lenhartz), so muß man hier daran denken, ob nach nicht der Zustand der außerordentlich hochgradigen spasmophilen Diathese den Ablauf des Stoffwechsels bei einer relativ kohlehydratreichen Nahrung, wie sie die Malzsuppe ist, beeinflußt und zur vermehrten Ausscheidung von Glykuronsäure geführt hat. Grätzer.

Erich Martini (Wilhelmshaven), Über Verwendung von Menschenblutserum für die Diphtheriebazillenkultur. (Ebenda.) Bei den Untersuchungen auf Lues nach Wassermann blieben oft größere Mengen menschlichen Blutserums übrig. Das kam daher, weil für alle Fälle stets meistens 10 ccm Blut und mehr aus der Armvene entnommen wurden, da einmal jede Wa.R. mit drei verschiedenen Extrakten ausgeführt und dann für etwa nötige Wiederholung gern immer noch etwas Serum zurückbehalten wurde. Auf diese Weise geschah es, daß am Schluß einer Reihe dieser Untersuchungen stets größere Mengen menschlichen Serums zur Verfügung standen.

Diese wurden in der Weise verwertet, daß ein Teil des Löfflerserums für Diphtheriestäbchen nicht, wie vorgeschrieben, mit Hammelserum, sondern an dessen Stelle mit Menschenserum hergerichtet wurde. Dieses modifizierte Löfflerserum benutzte Verf. bei den Untersuchungen von Rachen- und Nasenabstrichen auf Diphtheriestäbchen gleichzeitig mit dem Löfflerschen Hammelserumnährboden zur Züchtung der Diphtheriebazillen. Es ergab sich kein Unterschied zwischen beiden Nährböden in bezug auf das Erzielen der positiven Ergebnisse. Ebenso wenig zeigte sich ein bemerkenswerter Unterschied zwischen diesen beiden und einem anderen modifizierten Löfflerschen Nährboden, dem Conradi-Trochschen, mit Kalium telluricum als Diphtheriekolonienindikator. Für letzteren ließ sich Menschenserum ebensowenig verwenden, wie bekanntlich Hammelserum, da hierbei die Diphtheriestäbchen ihre körperlichen und färberischen Eigentümlichkeiten einbüßen.

Jedenfalls hat sich bei den bereits auf mehr als ein Jahr sich erstreckenden, sehr zahlreichen Versuchen gezeigt, daß das nach W.-R. überflüssig gewordene Menschenblutserum — etwas Liquor cerebrospinalis kann auch dazwischen sein, ohne zu stören — im Löfflernährboden für Diphtheriestäbchen an Stelle von Hammelblutserum sehr gut Verwendung finden kann. Deshalb dürfte sich dies Verfahren

für kleine Laboratorien, in denen gleichzeitig Untersuchungen auf Lues nach Wassermann und Untersuchungen auf Diphtheriestäbchen stattfinden, unter Umständen empfehlen. Grätzer.

H. Liefmann, Steigerungen der Säuglingssterblichkeit im Frühjahr. (Aus der Bakteriologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin.) (D. m. W. 1913 Nr. 36.) Bekanntlich hat bis vor kurzem die Mehrzahl der Forscher die Ansicht vertreten, daß die hohen Sommertemperaturen den Kindern nicht direkt schädlich werden, sondern daß sie die Zersetzung ihrer Nahrung, der Milch, begünstigen und daß diese dann die Krankheiten verursacht. Es ist aber nicht gelungen, in der Milch die Keime zu finden, die ihr eine so akute Giftwirkung zu verleihen vermöchten, wie man sie erwarten müßte. Wenn man nun sieht, daß an jedem beliebigen heißen Tag, selbst im Frühjahr, in diesem und in jenem Stadtteil und in ganz verschiedenen Straßen gleichzeitig viele Kinder erkranken und in kurzer Zeit sterben, so muß man sich doch sagen, daß der Keim in der Milch, der daran schuld sein soll, recht weit verbreitet sein muß. Sobald es nur einmal heiß geworden, gelangt er ja sofort in den verschiedensten Wohnungen in die Milch und bringt sie zur Zersetzung. Wenn dem wirklich so wäre, so müßte es auch möglich sein, ihn im Laboratorium zu finden und, wenn auch vielleicht nicht ihn rein zu züchten, so doch mit ihm giftige Milch zu erzeugen. Das ist aber bisher nicht einwandfrei gelungen. So bleibt nichts übrig als anzunehmen, daß die Hitze die Kinder direkt schädigt, wenn man auch zugeben muß, daß sehr keimreiche Milch den Kindern vielleicht weniger gut bekommen mag. Es muß aber unbedingt darauf das Hauptgewicht gelegt werden, daß Tiermilch überhaupt keine ideale Nahrung für den Säugling darstellt, daß sie auch in reinstem Zustande zu Schädigungen Veranlassung geben kann.

Wenn dem so ist, so muß die Hygiene der Kuhmilch zurücktreten hinter einer direkten Fürsorge für die Kinder. Das ist ein Feld, auf dem es noch viel zu tun gibt. Noch lange nicht in dem Maße, in dem es nötig wäre, ist der Bevölkerung bewußt geworden, ein wie unersetzliches Gut die Muttermilch für den Säugling darstellt. Noch bestehen im Volke die allerverkehrtesten Anschauungen über eine gute Säuglingspflege. Um hier Wandel zu schaffen, bedarf es einer Fürsorge, die dem Übel dort zu Leibe geht, wo es seinen eigentlichen Sitz hat, in den Wohnungen. Wir dürfen uns nicht darauf beschränken, die Säuglinge in die Fürsorgestellen kommen zu lassen und dort eine bestimmte Diät vorzuschreiben. Das gesamte Milieu, das ein Kind umgibt, ist von Einfluß auf seinen Gesundheitszustand. Darum heißt Säuglingsfürsorge treiben zugleich Wohnungspflege ausüben; Ärzte und in der Säuglingsfürsorge gründlich erfahrene Schwestern müssen in den Wohnungen mit Rat und Tat die Mütter in der richtigen Pflege ihrer Kinder unterstützen. Grätzer.

F. Glaser, Erysipelas contra Nephritis. (Aus der II. inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses Berlin-Schöneberg.) (B. kl. W. 1913 Nr. 48.) Eine subakute, mit stärksten Ödemen, Aszites, Hydrothorax einhergehende Nierenentzündung ging bei einem

12jährigen Knaben infolge eines Rumpf- und Oberschenkelerysipels in dauernde Heilung über, bei welchem Vorgange einerseits antitoxische Wirkungen, andererseits, vielleicht auch infolge der Hauthyperämie, veränderte Zirkulationsverhältnisse in der Niere eine Rolle gespielt haben können. Grätzer.

H. Kern u. **E. Müller,** Eine vereinfachte Herstellung der Eiweißmilch. (Aus dem großen Friedrichs-Waisenhaus der Stadt Berlin in Rummelsburg.) (Ebenda.) Ein Liter gewöhnlicher Buttermilch wird mit einem Liter Wasser gemischt, unter Rühren kurz aufgekocht und nach dem Kochen mit Wasser wieder auf 2 Liter aufgefüllt. Dann stellt man das ganze beiseite und läßt das Kasein ruhig sich absetzen. Nach ungefähr 30 Minuten hat sich eine genügend klare Molke gebildet, von der nun mit dem Schöpflöffel 1125 g abgenommen werden. Der zurückbleibende Molkenrest mit dem Kaseinsatz wird (um den normalen Fettgehalt zu erhalten) mit 125 g = $^1/_8$ l 20 $^0/_0$ gekochter Sahne auf ein Liter aufgefüllt. Das ist die zusatzfreie fertige Eiweißmilch. Der Zuckergehalt wird je nach Verordnung auf 3, 5, 7 und mehr Prozent gebracht. Bei fettreicherer oder fettärmerer Sahne wird man den Sahnezusatz entsprechend variieren.

Diese Milch wird demnach folgende Bestandteile enthalten: Das ganze Kasein und die Hälfte Albumin aus einem Liter Buttermilch, den Fettgehalt von 125 g 20 $^0/_0$iger Sahne plus den geringen Fettgehalt der Buttermilch, die Hälfte der Molke und ebenso die Hälfte der Milchsäure aus einem Liter Buttermilch.

Es ist eine Milch mit vollem Kasein- und Fettgehalt mit der Hälfte der Molke und teilt mit der Eiweißmilch von Finkelstein-Meyer den Vorteil des Gehalts an Buttermilch.

Zu ihrer Herstellung bedarf es nur der gewöhnlichen Buttermilch und einer 20 $^0/_0$igen Sahne. Trotz des schlechten Rufs, den die käufliche Buttermilch in den Kreisen der Kinderärzte genießt, haben Verff. sich nicht gescheut, sie zur Anwendung zu bringen, ohne daß sie bis jetzt irgendeinen Schaden davon gesehen hätten. Ihre Billigkeit und leichte Beschaffung in der Stadt und auf dem Lande scheint die weiteste Verbreitung zu ermöglichen. Die 20 $^0/_0$ige Sahne ist entweder aus der Molkerei zu beziehen oder nach Angabe von Feer in jedem Haushalt herzustellen[1]).

Die Herstellung der Eiweißmilch ist also denkbar einfach.

Für den Anstaltsbetrieb haben Verff. sich große, mäßig weite, zylindrische Blechgefäße anfertigen lassen, die bei Marke 875 (= 2000 bis 1125) bzw. einem Mehrfachen davon mit einem Hahne versehen sind, der beim Öffnen die obenstehende Molke ohne weiteres ablaufen läßt. Um beispielsweise in einem Gefäß von 10 Litern Inhalt 5 Liter Eiweißmilch zu erhalten, müßte der Hahn in einer Höhe von 5000 — (5 × 125) = 4,375 Liter angebracht sein. Natürlich ist (neben dem Variieren des Nährzuckergehaltes bzw. seines teilweisen Ersatzes durch Mehl) ein Variieren des Fettgehalts ermöglicht. Um die für manche

[1]) Nach Feer läßt man $^1/_2$ Liter rohe Milch 4—6 Stunden in einer Tasse stehen und schöpft dann mit einem dünnen Kaffeelöffel sorgfältig 25 ccm Sahne ab (Meßzylinder). Diese Sahne enthält etwa 20 pCt. Fett.

Fälle wünschenswerte konzentrierte Eiweißmilch herzustellen, verfährt man so, daß man die käufliche Buttermilch — ohne Wasserzusatz — kocht, sich absetzen läßt, die Hälfte der Molke oben abschöpft und dann wie angegeben weiter verfährt.

Die Technik der Verabreichung und Indikationsstellung ist genau wie bei der Eiweißmilch. Verff. beginnen meist mit einem Nährzuckerzusatz von 3 pCt. Die Nahrung ist vor Gebrauch tüchtig umzuschütteln.

Die Kinder trinken die Milch gern, eventuell kann mit Saccharin nachgesüßt werden. Anfängliches Erbrechen, das beim Absetzen von Ammenmilch nicht häufiger als bei den anderen Verfahren beobachtet wurde, hörte nach kurzer Zeit auf. Die Stühle sind gebunden, dickpastenartig, weißlich bis leicht grünlich und entsprechen einem mäßig harten Fettseifenstuhl. Der Zustand und das Gedeihen der damit ernährten Kinder sind selbst bei jüngsten Säuglingen günstig. Die Nahrung hat sich gut eingeführt, ihre Leistungen sind wohl denen der Eiweißmilch an die Seite zu stellen.

Die Vorteile liegen — abgesehen von der einfachen Herstellungsmöglichkeit im Privathause — einmal in dem Gehalt an frischgefälltem Kasein gegenüber dem Ersatz durch das nicht ganz gleichwertige Plasmon bzw. Larosan und dann in der Verwendung der Buttermilch, die sich in der Eiweißmilch von Finkelstein-Meyer gut bewährt und nach unseren Erfahrungen eine deutliche Überlegenheit gegenüber allen bisherigen Ersatznahrungen bedingt.

An Billigkeit dürfte sie durch den geringen Preis der Buttermilch (selbstverständlich lassen sich auch irgendwelche Buttermilchkonserven, ohne Zusatz, dazu verwenden) allen anderen überlegen sein.

Grätzer.

Francis Harbitz, Über angeborene Tuberkulose. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Kristiania.) (M. m. W. 1913. Nr. 14.) Ein Kind starb an einer tuberkulösen Lungenaffektion 25 Tage nach der Geburt. Alle Bedingungen zur Annahme einer angeborenen Infektion schienen hier vorhanden zu sein. Die Mutter litt an einer Tuberkulose im Endometrium an der Plazentastelle, so daß die Möglichkeit einer Übertragung von Tuberkelbazillen direkt in das Blut des Kindes sich hiermit von selbst ergibt. Der Uterus wurde wahrscheinlich während der Schwangerschaft von den Tuben aus infiziert, wo sich eine ältere tuberkulöse Affektion vorfand. Doch wurde bei der Mutter auch eine Miliartuberkulose nachgewiesen, so daß die Möglichkeit einer hämatogenen Infektion der Plazenta und des Kindes nicht ausgeschlossen werden kann, wenn H. dies auch weniger wahrscheinlich deucht. Es läßt sich also als Ausgangspunkt der Infektion des Fötus am meisten wahrscheinlich eine Plazentartuberkulose annehmen. Ohne sich weiter auf die Frage einzulassen, zu welchem Zeitpunkt die Infektion eines Kindes mit angeborener Tuberkulose dem Vermuten nach stattfinden kann (ob 1. eine germinative oder konzeptionelle oder 2. plazentare Infektion), möchte Verf. sich nur dahin äußern, daß seinem Dafürhalten nach die plazentare Infektionsweise die häufigste ist, was der Fall ja auch bestätigt.

Das Kind wurde so früh von der Mutter entfernt, daß man sagen

muß, die Ansteckungsgefahr durch sie (durch Inhalation oder durch die Milch) konnte nur eine ganz geringe sein.

Demnächst müssen die ganz bedeutenden und ausgedehnten tuberkulösen Veränderungen in den Lungen und Lymphdrüsen mit in Betracht gezogen werden, die schon an und für sich eine Infektion des Kindes vor der Geburt wahrscheinlich machen.

In Ansehung aller dieser verschiedenen Umstände muß man annehmen, daß man es hier mit einer angeborenen tuberkulösen Infektion zu tun hat, die schon 25 Tage nach der Geburt vom Tode des Kindes von ausgedehnter Tuberkulose gefolgt wurde. Grätzer.

Kellner, Die mongoloide Idiotie. (Ebenda.) Der Zweck dieser Arbeit soll nur der sein, auf die äußeren Kennzeichen des Mongolismus, der sowohl in unserer städtischen wie ländlichen Bevölkerung im Zunehmen begriffen ist, hinzuweisen und dadurch vielleicht etwas zur möglichst frühen Erkenntnis dieses Leidens beizutragen.

Eine Behandlung des Mongolismus ist aussichtslos. Die mit Thyreoidin gemachten Versuche, die übrigens bei den meisten Mongolen ihrer Herzschwäche wegen unausführbar sind, haben kein Resultat gehabt, ebensowenig wie die mit Jodpräparaten.

Auch die Bestrebungen, die geringen, dem Mongolen verliehenen Geisteskräfte weiter auszubilden, scheitern an der Unmöglichkeit, ihn dahin zu bringen, das kleine Maß von Aufmerksamkeit, über das er verfügt, auf einen bestimmten Gegenstand zu lenken. Das einzige, worin der Mongole hin und wieder Fortschritte macht, und zwar durch eigene Beobachtung, ist die Erkennung und Nachahmung von auffallendem und komischem Gebahren seiner Nebenmenschen.

Bei akuten, fieberhaften Erkrankungen ist die Prognose für den Mongolen eine sehr schlechte, und erwachsene Mongolen sind daher eine Seltenheit. Die fast immer vorhandene Herzschwäche, die daraus entspringende Unterernährung des ganzen Körpers, die große Neigung zu Erkrankungen der Luftwege, die Schwierigkeit, Verletzungen zur Heilung zu bringen usw., bereiten dem Mongolen eine Menge Gefahren, denen er in der Regel schon im Kindesalter erliegt. Die bekannte Tatsache, daß ein Organismus einen starken Eingriff, wenn derselbe von kurzer Dauer ist, besser aushält als eine in die Länge gezogene Krankheit, hat Verf. indes auch beim Mongolismus beobachtet, und zwar in der im Laufe dieses Jahres in den Alsterdorfer Anstalten aufgetretenen Diphtheritisepidemie. Während derselben war man gezwungen, bei 3 Mongolen im Alter von 5, 7 und 8 Jahren die Tracheotomie, natürlich unter Narkose, zu machen, und diese Operation sowie die Diphtheritis wurde von zweien gut überstanden, während der dritte am 3. Tage nach derselben an Herzschwäche zugrunde ging.

Grätzer.

Hans Hahn, Über die erfolgreiche Behandlung von hämophilen Blutungen mittels des Thermokauters. (Aus der Universitäts-Kinderpoliklinik in Heidelberg.) (M. m. W. 1913 Nr. 18.) Der Erfolg der Kauterisation geht aus den folgenden Krankengeschichten hervor:

1. Heinrich D., $1^1/_2$ Jahre alt, 3. eheliches Kind, ohne spezifische hämophile Anamnese. Mutter kann freilich über die Familienverhältnisse nicht viel angeben, weil ihre Eltern in ihrem zweiten Lebensjahr gestorben und sie selbst später in Pflege kam. Das Kind ist in der Klinik schon seit längerer Zeit als hämophil bekannt, hat die Ambulanz im Dezember 1911 wegen einer Hautblutung auf dem linken Handrücken aufgesucht. Erste Aufnahme in die Klinik wegen multipler Hautblutungen vom 25. Juni bis 1. Juli 1912. Zweite Aufnahme 8. Nov. 1912 wegen unstillbarer Blutung aus dem Zahnfleisch der vorderen oberen Schneidezähne. Die Blutung ist 4 Tage vor der Aufnahme durch einen Fall auf den Mund aufgetreten. 8. Nov. Kind sehr blaß; die Verätzung durch Eisenchloridlösung und Druckverband über die Oberlippe ist erfolglos. Das Kind reibt und saugt mit der Zunge die gebildeten Schorfe wieder ab. 8. Nov., abends: Injektion von 1 ccm Diphtherieserum. 9. Nov., morgens: Injektion von 11 ccm sterilem Pferdeserum, mittags subkutane Injektion von 40 ccm Gelatine. — Das Kind erbricht nach dem Trinken blutige Massen; Stühle sind dünn, mit Blutbeimengungen. 10. Nov. Per os werden 5 Blatt Gelatine (in Milch und Wasser gelöst) verabreicht. Temperatur bis 39,6. Kind extrem blaß, Puls klein und frequent. 11. Nov. Die Blutung dauert den Tag über fort. Kind fast pulslos, schläft sehr viel, reagiert kaum auf Anruf. Das Kind wird bei der (ersten) Visite als moribund aufgegeben. Nachts 11 Uhr als ultimum refugium Verschorfung der blutenden Zahnfleischwunde mit dem Thermokauter. Die Blutung steht sofort. Um ein Abheben des Schorfes zu verhindern, wird ein straffer Verband über die Oberlippe gelegt; außerdem werden 15 ccm frisches Menschenblut intraglutäal injiziert. 12. Nov. Blutung hat sich seit der Kauterisation nicht mehr wiederholt. 12 Nov. Kind sieht besser aus, das Erbrechen hat nachgelassen. 15 Nov. Kind munter, sitzt im Bett auf. Seit gestern Ödeme an Händen und Füßen. 28. Nov. Pat. ist öfters außer Bett. Gesichtsfarbe bessert sich allmählich. Die Ödeme sind geschwunden. 6. Dez. Zur Anregung der Blutbildung Injektion von 10 ccm normalen frischen Menschenblutes. 11. Dez. Kind wird in befriedigendem Zustande mit relativ guter Gesichtsfarbe nach Haus entlassen.

2. Hans B., $2^1/_4$ Jahre alt. Mutter stammt aus einer Bluterfamilie, ein Vetter ging Sommer 1911 im Alter von 8 Jahren infolge einer Verblutung, die im Anschluß an ein Zahnziehen entstanden war, zugrunde. Pat. stand wegen seiner Neigung zu Blutungen, die besonders an den Unterextremitäten und den unteren Teilen des Rumpfes zum Teil als Petechien, zum Teil als Hämatome im Unterhautzellgewebe in größeren Schüben auftraten, wiederholt in Behandlung der Ambulanz der Klinik. Wegen einer Zahnfleischblutung, die am 25. März 1912 im Anschluß an einen Fall sich entwickelt hatte und weder vom behandelnden Arzt noch in der Ambulanz durch Ätzung mit Arg. nitr. und Verabreichung von Gelatine und Calc. lact. gestillt werden konnte, wurde am 28. März 1912 eine Aufnahme in die Klinik nötig. Trotz verschiedener Maßnahmen (Kompressionsverband, Tamponade mit Gazestreifen, die mit Adrenalin getränkt waren, Einspritzung von Diphtherieserum) kommt die Blutung erst am 5. Tage nach der Aufnahme spontan zum Stillstand. Das Kind sah sehr blaß aus, erholte sich aber in relativ kurzer Zeit nach dem Blutverlust. Am 2. Jan. 1913 9 Uhr vorm. zog sich Pat. beim Spielen mit einem kleinen scharfen Blechstück eine ungefähr bohnengroße gelappte Wunde am rechten Daumen zu. Vom Hausarzt, der die Blutung durch Abschnürung und Kompressionsverband nicht zum Stehen bringen konnte, wird das Kind am 2. Jan. nachm. 6 Uhr der Klinik überwiesen. Der angelegte Verband ist vollständig durchblutet, das Blut rieselt aus den Kapillaren hervor. In Erinnerung an den prompten Erfolg beim ersten Fall wird die Wunde in der Ambulanz sofort kauterisiert; die Blutung steht auch hier augenblicklich. Das Kind wird mit einem leichten Schutzverband nach Haus entlassen; innerhalb von 8 Tagen ist die Wunde verheilt.

Grätzer.

Albert Merckens, Ein Fall schwerster Melaena neonatorum geheilt durch Injektion von defibriniertem Menschenblut. (Aus der akademischen Kinderklinik zu Köln a. Rh.) (Ebenda.) Die intramuskuläre Injektionstherapie von defibriniertem Menschenblut wurde kürzlich bei einem Fall schwerster Melaena angewandt, und mit geradezu überraschend schnellem Erfolg. Es wurde in folgender

Weise vorgegangen: Aus der Armvene eines Erwachsenen wurden 25—30 ccm Blut entnommen, in sterilem Erlenmeyerkölbchen, in dem sich sterile Glasperlen befanden, aufgefangen und durch Schütteln etwa 15 Minuten lang defibriniert. Von diesem defibrinierten Blut wurden 12 ccm nach $^1/_2$ Stunde dem Neugeborenen mittels Pravazspritze in die Glutäalmuskulatur eingespritzt.

Einige Stunden nach der Injektion sistierten die Blutungen. Drei Tage später betrug die Zahl der roten Blutkörperchen wieder $3^1/_4$ Millionen pro ccm.

Wie hat man sich nun den Erfolg der therapeutischen Medikation zu denken? Das an Melaena erkrankte Neugeborene hatte, offenbar unter einem Mangel an Thrombin leidend, die normale Gerinnbarkeit seines Blutes verloren. Infolgedessen kam es zu ständigen Blutungen aus den Schleimhäuten, namentlich aus denen des Darmes. Durch die Zufuhr von gesundem defibrinierten Menschenblut wurden dem Organismus Blutgerinnungsfermente mitgeteilt, die entweder direkt eine bessere Gerinnungsfähigkeit des Blutes hervorgerufen oder indirekt zur Bildung von Thrombin Anregung gegeben haben.

Grätzer.

Hans Spitzy, Ein Instrument zur radikalen Phimosenbeseitigung. (Aus der chirurgisch-orthopädischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Graz.) (Ebenda.) Am Chirurgenkongreß 1912 demonstrierte Verf. ein Instrument zur unblutigen Operation der Phimose; es ist analog jenen Instrumenten, deren man sich zur unblutigen Durchquetschung anderer Organe bedient (Darmquetschen, Isthmusquetschen bei der Schilddrüsenamputation, allmähliche Durchquetschung bei Syndaktylie).

Bei der Phimose ist die Aufgabe dadurch erschwert, daß es sich um die Schaffung einer möglichst großen Öffnung ohne Verletzung der im Präputialsacke liegenden Glans handelt. Die Aufgabe ist dadurch gelöst, daß die quetschende Zange aus drei Branchen besteht: einem olivenförmigen Mittelstück, um das sich die zwei Branchen der Zange schließen. Wird das Mittelstück (nach eventuell notwendiger gewaltsamer Dehnung der Vorhautöffnung mittels der spitzen Zangenbranchen) mit seinem verjüngten Ende in den Vorhautsack eingeschoben und die Zange darüber geschlossen, so wird durch das Anpressen der Zangenbranchen gegen das Mittelstück ein beliebig großes Stück der Vorhaut weggeklemmt; dieses kann bei liegender Zange knapp über der Zange mit dem Messer oder Paquelin abgetragen werden, die Wunde wird im ersten Falle mit Jodtinktur bestrichen, die Zange nach einigen Minuten (ca. 8—5) abgenommen und die Wunde dann mit sterilem Öl übergossen. Bei guter Qualität der Zange ist das innere Blatt jetzt derart an das äußere gedrückt, daß keinerlei Blutung erfolgt.

Am zweckmäßigsten ist es, bei weit geöffneten Branchen das Mittelstück vom Frenulum aus gegen den Sulkus so einzuführen, daß die Spitze gegen die Mitte des Sulkus gerichtet ist; die Längsachse der Olive steht dann in der Sagittalebene. Ist das Präputium sehr lang, so kann auch der hintere Teil mit dem Frenulum über die Olive zu ge-

stülpt werden, doch wird dies seltener nötig sein, und es kann bei dem derberen Gewebe an dieser Stelle wegen nicht völliger Abklemmung leichter zu einer nachträglichen kleinen Blutung kommen. Sonst hat man es völlig in der Hand, durch größere oder geringere Schrägstellung des Instrumentes das abzuklemmende Stück und dadurch die Größe der zu erzielenden Öffnung zu regulieren.

Die Vorteile bestehen hauptsächlich darin, daß die Vornahme dieser Operation einen außerordentlich geringen Eingriff bedeutet. Da sehr häufig die Hernien kleiner Kinder mit einer bestehenden Phimose in Kausalnexus stehen, muß bei der Hernienoperation auch die Phimose beseitigt werden. Jede der sonstigen Methoden würde aber eine wesentliche Komplikation und Verlängerung der sehr kurzzeitigen, bei Säuglingen oft ohne Narkose und Lokalanästhesie ausgeführten Radikaloperation der Leistenhernien nach Kocher bedeuten, während die Abklemmung rasch und ohne weitere Schädigung bis auf den kurzen Schmerz bei der Abklemmung durchführbar ist.

Grätzer.

Anselm Falkner, Direkte Behandlung der tuberkulösen Peritonitis mit Jodpräparaten. (Aus dem öffentlichen Krankenhause Deutsch-Liebau.) (Ebenda.) Es werden 3 Fälle von tuberkulöser Peritonitis wiedergegeben, die mit bestem Erfolg mit Jod — in verschiedener Form — behandelt wurden.

Die drei Fälle, zwei „nasse“ und eine „trockene“ Peritonitis, zeigen analog denen Hofmanns, eine verkürzte Heilungsdauer und — bisher — keine Schädigungen. In den nassen Fällen wurde die Jodtinktur, bei dem trockenen Jodvasogen verwendet, außerdem die Wirkung durch Jodipinklysmen unterstützt. Trotz des vernichtenden Urteils Rovsings über die Jodtinktur ist mit Bier sicher eine heilende Wirkung des Jods auf die tuberkulösen Gewebe anzunehmen. Es wäre nur zu erwägen, ob nicht andere Vehikel des Jods bei den von vornherein adhäsiven Formen durch ihre ölige Substanz (Jodipin!) sich besser eignen, wozu noch weitere Erfahrungen zu sammeln sind.

Grätzer.

Löwenstein, Der Wurmfortsatz im Bruchsacke. (Aus dem St. Johannes-Hospital zu Oberkassel.) (M. Kl. 1913 Nr. 44.) Entzündliche Veränderungen zeigte der im Bruchsacke vorgefundene Wurmfortsatz in zwei Fällen. Beide gehören dem kindlichen Lebensalter an.

1. Fall. Q. Wilhelm, 5 Jahre alt, Zur Operation einer rechtsseitigen Leistenhernie überwiesen. Drei Tage lang vor der Operation hatte Erbrechen bestanden. Operation am 17. Juli 1913; in Äthernarkose Radikaloperation nach Kocher ausgeführt. Sofort nach Eröffnung des Bruchsackes stellte sich Wurmfortsatz ein; er ist stark verlängert, zeigt chronisch-entzündliches Aussehen und ist eingeklemmt. Er wird abgetragen. Glatte Heilung.

2. Fall. Sch., Josef. 14 Monate alt. Am 18. Juli 1913 überwiesen mit Phimose, rechtsseitigem Leistenbruch und einem sehr ausgebildeten und hartnäckigen Ekzem der Hodensackhaut. Letzteres wird zur Abheilung gebracht und alsdann am 24. Juli in Äther-Chloroformnarkose die Radikaloperation der Hernie von L. ausgeführt. Dabei findet sich in erheblicher Menge Darm im Bruchsack und er ist auffallend zyanotisch verfärbt und die Serosa allenthalben mit linsengroßen Perlen besät. Die im Bruchsacke vorfindliche Appendix — zirka 6 cm lang — zeigt eine stark injizierte Serosa; Appendix angetragen. In dem der Länge nach

aufgeschnittenen Wurmfortsatz erscheint die Mukosa bis zirka 1 cm vor der Kuppe sehr stark injiziert, zyanotisch und verdickt (Schnürfurche?). Zum Schluß Operation der Phimose.

Der Heilungsverlauf war gestört durch eine Eiterung der äußeren Naht (Katgut — vielleicht auch infolge des Ekzems), jetzt ist aber längst völlige Heilung eingetreten, und das Kind entwickelt sich nach dem Berichte des Hausarztes sehr gut.

Im ersten Falle bestand eine unverkennbare Einklemmung des Wurmfortsatzes, worauf auch wohl das dreitägige Erbrechen vor der Operation zurückzuführen ist.

Im zuletzt mitgeteilten Fall ist interessant die Tuberkulose des im Bruchsacke befindlichen Darmes, auf welche keine Erscheinungen hingedeutet hatten. Ob sich die Tuberkulose auch auf andere als auf die im Bruchsacke zu Gesicht gekommenen Darmschlingen verbreitet hatte, wurde nicht festgestellt — es ist indes anzunehmen. Die derzeitige gute Entwicklung des Kindes spricht dafür, daß sie durch die operative Freilegung in gleich günstiger Weise beeinflußt wurde, wie es von der Peritonealtuberkulose bekannt ist. Daß auch in diesem Falle die Veränderungen am Wurmfortsatze durch Einklemmung hervorgerufen waren, darauf scheint die Zyanose hinzudeuten; eindeutig indes ist das Krankheitsbild nicht, denn möglicherweise beruhte auch die wahrgenommene Veränderung des Wurmfortsatzes auf einer Appendizitis. Grätzer.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Rudolf Fischl (Prag), Über die konservative Behandlung der Hernien im Säuglingsalter. (Prager m. W. 1913 Nr. 51.) Verf.s Therapie des Nabelbruches besteht gegenwärtig darin, daß er einen ca. 6 cm breiten Leukoplaststreifen zirkulär um das Abdomen legt und vorn über dem Bruche kreuzt, welcher in der Weise reponiert wird, daß man zunächst seinen Inhalt in die Bauchhöhle zurückdrängt und dann den leeren Hautsack als Pelotte darüberstülpt. Verf. ist allmählich zu diesem Vorgehen gelangt, da er damit bessere Ergebnisse erzielen konnte, als mit Längs- oder Querfaltung der Bauchhaut in der Umgebung der Hernie, die keinen so soliden Verschluß bietet und den Nabelring nicht so stark verengt, wie dies bei dem von ihm geübten Verfahren durch die starke Verschiebung nach unten geschieht. Auch läßt sich das Pflaster auf diese Weise genauer anlegen, als wenn dies über den relativ dicken Hautwülsten geschehen muß.

Der Verband muß bei seiner ersten Anlage das Abdomen ziemlich stark komprimieren, was für die Verkleinerung und den endlichen Schluß des Nabelringes von Wichtigkeit ist; er lockert sich ohnedies später, was meist in der zweiten Woche geschieht, in der Verf. den Wechsel vorzunehmen pflegt. Das Kind wird mit dem Pflaster gebadet, wodurch die Hautreizung entschieden herabgesetzt wird, und die Mutter angewiesen, sich bei beginnender Lockerung des Pflasterstreifens wieder einzufinden. In der Regel beobachtet man schon nach dem ersten Verbande einen deutlichen Rückgang des Bruches,

nur bei großen Hernien ist dies nicht der Fall, und meist genügen drei bis vier Applikationen desselben, um den Nabelring zu schließen und so eine wenigstens klinische Heilung zustande zu bringen. Verf. glaubt, daß er berechtigt ist, von einer solchen zu sprechen, denn er hatte öfter Gelegenheit, derartige Kinder nach vielen Monaten bis mehreren Jahren wiederzusehen, ohne daß der Bruch neuerdings hervorgetreten wäre, und selbst interkurrente Krankheiten wie intensive Bronchitis oder Pertussis mit ihrer starken Inanspruchnahme der Bauchpresse waren nicht imstande, das erzielte Resultat zu stören. Selbstverständlich bemüht Verf. sich, durch strenge Regelung der Diät der häufigsten Ursache der Nabelhernien bei seinem Material, der übermäßigen Flatulenz, entgegenzuarbeiten.

Mit den Erfolgen der Leukoplaststreifenbehandlung hat Verf. allen Grund, recht zufrieden zu sein; von den 39 durch längere Zeit in Evidenz gehaltenen Nabelhernien standen 27 oder 69,2 % so lange in Beobachtung, daß Verf. den endgültigen Erfolg der eingeleiteten Therapie feststellen konnte, und dieser war vollkommene Heilung, die man als definitiv ansehen durfte, da auch interkurrente Krankheiten mit hochgradiger Inanspruchnahme der Bauchpresse daran nichts zu ändern vermochten und die in einzelnen Fällen nach Jahren vorgenommene Revision die Haltbarkeit des Resultats bestätigte. Aber auch die 11 nur durch kürzere Zeit beobachteten Kinder zeigten eine wesentliche Besserung, indem der Bruch beim zweiten oder dritten Verbandwechsel bedeutende Verkleinerung darbot, was wohl die Mütter so befriedigte, daß sie eine weitere Behandlung nicht für nötig hielten. Nur in einem einzigen Falle versagte das Verfahren, dessen zirka 98 % positiven somit nur etwa 2 % negative Erfolge gegenüberstehen.

Verf. glaubt, daß man auf Grund solcher Resultate nicht berechtigt ist, bei unkomplizierten und nicht zu großen freien Nabelhernien zur Radikaloperation zu raten, sondern diese nur auf solche Fälle beschränken soll, in denen entweder das geschilderte Verfahren in einer bestimmten Zeit, die sich etwa auf drei Monate fixieren läßt, nicht zum Ziele führt, oder große partiell verwachsene und daher nicht reponible Brüche vorliegen, oder endlich Inkarzerationserscheinungen einen chirurgischen Eingriff notwendig machen, welch letzteres Ereignis nach F.s Erfahrung, die sich mit der der anderen Autoren deckt, speziell bei Nabelbrüchen im Säuglingsalter kaum vorkommt.

Etwas weniger günstig liegen die Verhältnisse bei den Inguinalhernien, und schon die geringe Zahl der genügend lange verfolgten Fälle, es waren dies bloß 12 unter 44 solchen Brüchen, also 27,2 %, legt einem eine gewisse Reserve des Urteils auf. Verf.s Vorgehen besteht darin, daß er bei leicht reponiblen Brüchen von nicht zu großer Ausdehnung von vornherein ein Bruchband verordnet, das, wenn es mit Gummistoff überzogen ist und über einem Wattebausch appliziert wird, auch bei den jüngsten Säuglingen angelegt werden kann und jedenfalls mehr Zweck hat, als hufeisenförmige Klammern oder die aus Wollsträhnen improvisierten Verbände von Fiedler, die weder leicht herzustellen sind noch ordentlich halten. Man sieht kaum jemals Druckerscheinungen oder anderweitige Unannehmlichkeiten, auch wenn man das Band Tag und Nacht liegen und das Kind

damit baden läßt, nur muß man in Rücksicht auf das lebhafte Wachstum dafür sorgen, daß das Bracherium entsprechend oft ausgetauscht wird, was bei seinem relativ niedrigen Preise sich auch unter beschränkten Verhältnissen erreichen läßt (man zahlt für solche Bruchbänder $2^1/_2$ bis 3 Kronen). Der Schenkelriemen wird weggelassen, da er oft reibt und so zu intertriginösen Prozessen führen kann.

In 8 so behandelten Fällen war die Dauer der Beobachtung eine genügend lange, um über das erzielte Dauerresultat ein Urteil zu gewinnen; in allen kam es zu völligem Verschluß der Bruchpforte, aus der auch beim Weinen und Husten nichts mehr hervortrat, und dieses Ergebnis ließ sich auch bei in längeren Zeiträumen vorgenommener Kontrolle der Kinder konstant feststellen. In den 4 übrigen Fällen konnte man eine wesentliche Verkleinerung des Leistenringes konstatieren, und der Heilungsprozeß schien in vollem Gange zu sein, doch blieben die Mütter aus, so daß man über seine definitive Festigung nichts aussagen konnte. Das erwähnte Ergebnis wurde in der Regel nach drei bis vier Monaten erreicht, und auch da suchte Verf. durch entsprechende diätetische Maßnahmen seinen Eintritt zu fördern.

Übrigens stieß Verf. bei den wiederholt vorgenommenen Versuchen die Mütter zur Operation zu veranlassen, von seiten derselben auf so heftigen Widerstand, daß er von vornherein auf diesen Weg angewiesen war, welcher, wie die vorstehenden Angaben zeigen, meist zu einem wenigstens vorläufigen und ganz befriedigenden Resultat führt und den großen Vorteil bietet, einen eventuell doch nötigen operativen Eingriff auf ein späteres Lebensalter zu verschieben, das auf jeden Fall bessere Behandlungschancen liefert, als die gegen jeden blutigen Akt so sehr empfindliche Säuglingsperiode.

Wenn auch die Zahl der Leistenbrüche eine sehr kleine gewesen ist, so bot doch die konservative Behandlung derselben im ersten Lebensjahre so übereinstimmend gute Ergebnisse, daß sie Verf. in dem Festhalten an dem bisherigen Standpunkte nur bestärkt hat.

Verf. sieht sich bis auf weiteres nicht veranlaßt, sein unblutiges Vorgehen der Mehrzahl der Hernien im Säuglingsalter gegenüber zu ändern und ist durch noch so verlockende Berichte nicht überzeugt, daß die vielfachen durch das zarte Alter der Patienten bedingten Gefahren sich durch Abkürzung der Operationsdauer und der Narkose und möglichste Einschränkung des Blutverlustes wesentlich herabsetzen lassen. Grätzer.

Ottokar Chiari (Wien), Papillome im Larynx der Kinder. (W. m. W. 1913 Nr. 39.) Es ist als Ergebnis der Literaturstudien und der eigenen Erfahrung Verf.s die Behandlung der Papillome bei Kindern folgendermaßen durchzuführen. Man wird zuerst versuchen, intralaryngeal nach Bepinselung mit Kokain zu operieren, was namentlich bei etwas älteren Kindern nicht so selten gelingt. Erst wenn die indirekte Laryngoskopie unmöglich ist, wird man die direkte Laryngoskopie nach Kirstein und Killian anwenden, wozu meistens die Narkose notwendig wird. Erst wenn Atembeschwerden eintreten, welche sich durch die direkte Laryngoskopie nicht beleben lassen, ist man genötigt, die Tracheotomie vorzunehmen, und nach Reinigung

der Wunde, beiläufig nach 14 Tagen, wird man versuchen, entweder durch die indirekte oder direkte Laryngoskopie die Exstirpation durchzuführen und so oft wiederholen, bis man endlich Heilung erzielt. Natürlich läßt sich die direkte Laryngoskopie unter allgemeiner Narkose nicht schnell hintereinander wiederholen, weil sie dann das Leben gefährdet. In solchen Fällen wird man sich auch nach ausgeführter Tracheotomie zu der Intubation namentlich mit gefensterten Tuben oder zur Pinselung des Larynx mit ziemlich dickborstigen Pinseln entschließen müssen, wodurch Verf. auch einigemal Erfolge erzielte. Bleiben aber auch diese Versuche vergebens, so läßt man das Kind die Kanüle so lange tragen, bis endlich doch die intralaryngeale Operation gelingt oder die Papillome von selbst schwinden. Hoffentlich wird auch das Radium in manchen Fällen, von der Tracheotomiewunde aus eingeführt, die Neigung zu Rezidiven beseitigen, wie es Polyak und Kofler beobachteten. Die Thyreotomie ist als sehr gefährlich für die Integrität der Stimme zu unterlassen und natürlich noch mehr die Laryngostomie. Diese letztere Operation käme nur in Betracht, wenn bereits durch frühere Thyreotomien eine Narbenstenose veranlaßt wurde. Grätzer.

C. Freih. v. Pirquet, Die Wiederkehr der Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin an verschiedenen Körperstellen nach dem Verschwinden der Masernanergie. (Ebenda.) Bei zwei Kindern wurden im Ablaufe der Masern tägliche kutane Tuberkulinproben an verschiedenen Körperteilen ausgeführt. Die durch die Masern bewirkte Anergie gegen Tuberkulin verschwand zwischen dem 6. und 8. Exanthemtage.

Eine Verspätung der distalen Partien in der Wiederkehr der Reaktionsfähigkeit, entsprechend dem Ablaufe des Masernexanthems, konnte nicht konstatiert werden.

Die Reaktionen auf der Haut des Fußrückens zeigten sich bedeutend größer als die auf der Haut des Armes; die Haut des Halses gab die allerkleinsten Reaktionen. Grätzer.

N. v. Jagić u. Hans Reibmayr, Zur Kasuistik intrakranieller Aneurysmen. (Aus der medizinischen Abteilung des k. k. Sophienspitals in Wien.) (Ebenda.) Vom Standpunkt der klinischen Symptomatologie und Diagnose dürften die drei im Laufe des vergangenen Jahres beobachteten Fälle Interesse beanspruchen. Der 1. Fall betraf ein Kind und sei hier wiedergegeben.

12 jähr. Schüler F. K., aus vollkommen gesunder Familie stammend. 1908 Sturz auf den Kopf, Bruch des Nasenbeines, Hirnerschütterung; seit dieser Zeit immer Kopfschmerzen, nur zeitweise Remissionen, doch konnte Pat. die Schule besuchen. Anfangs 1912 einmal vorübergehender Schwindel, Sturz auf den Boden.

Am 29. September 1912 ohne Anlaß Steifigkeit im Nacken und in allen Gliedern. öfters Erbrechen, sehr starke Kopfschmerzen, besonders im Hinterkopf. Einlieferung in die Anstalt. Die Krankheit macht den Eindruck einer beginnenden Meningitis basilaris. Gesteigerte Sehnenreflexe, Steifigkeit in der Hals- und Rückenmuskulatur und Schmerzhaftigkeit bei Bewegung; positiver Kernig; Hyperästhesie der Wadenmuskulatur. Keine besonderen Störungen im Bereiche der Hirnnerven.

Nach 5 Tagen bedeutende Besserung, doch besteht Kopfschmerz weiter, ferner eine gewisse Steifigkeit und Kontraktur im Bereiche der Nacken- und Rückenmuskulatur, besonders des Musc. trapezius.

Weitere 8 Tage später fühlt sich Pat. subjektiv wohl und ist nicht mehr bettlägerig.

Am 14. Tage nach der Aufnahme gelegentlich einer exzessiven Bewegung außerhalb des Bettes Schwindel, Erbrechen, Wiedereinsetzen heftigen Kopfschmerzes, bald darauf tiefe Bewußtlosigkeit, langsamer Puls, leichte tonische und klonische Krämpfe an allen vier Extremitäten in kurzen Zwischenräumen, alle Reflexe erhöht, beiderseits Babinsky; im Verlauf einer Stunde linksseitige Ptosis, rechtsseitige Okulomotoriusparese und Parese im rechten unteren und mittleren Fazialisgebiete. Leichter Trismus. Pupillen bald eng, bald weit. 4 Stunden nach Beginn dieser Erscheinungen Exitus.

Die Sektion ergab: Erbsengroßes Aneurysma der linken Arteria fossae Sylvii; Ruptur desselben in das linke Vorderhorn und Blutung in den Ventrikel. Submeningeale Blutung an der Basis der Hemisphären. Hypertrophie der Milz und der Darmfollikel. Thymus 30 g.

Der eben angeführte Fall steht wohl mit dem erwähnten Trauma in Zusammenhang. Grätzer.

Robert Riehl, Über einen Fall von Urticaria pigmentosa bei einem hereditär-luetischen Kinde. (Aus dem niederösterreichischen Landes-Zentralkinderheim und der Klinik für Dermatologie und Syphilidologie.) (Ebenda.) Unter allen Hauterkrankungen, welche bei der Differentialdiagnose der Urticaria pigmentosa, in dem Sinne aufgefaßt, wie sie zuerst Nettleship, Sangster, später Unna beschrieben hat, in Betracht kommen, steht wohl an erster Stelle die hereditäre Lues. Auf die Schwierigkeit, gerade die Urticaria pigmentosa von der Syphilis abzugrenzen, hat vor allem Nobl hingewiesen, der in seiner Arbeit der Verwunderung Ausdruck gibt, daß in seinem Falle der Ausschlag des Kindes nie als luetischer angesprochen wurde, wiewohl weitgehende Ähnlichkeit mit einem stark pigmentierten Syphilid bestand.

Auch Klotz tritt der Ansicht Perrins entgegen, daß es leicht sei, die Syphilis von Urticaria pigmentosa abzutrennen, und führt an, daß sein Fall anfangs tatsächlich als kongenitale Lues aufgefaßt worden sei. Erst genaue Untersuchung und Beobachtung sowie vor allem der histologische Befund ließen die Stellung der Diagnose auf Urticaria pigmentosa zu. Auf die Ähnlichkeit luetischer Exantheme mit Urticaria pigmentosa verweist auch Biach. Es gelang ihm nur bei Erwägung der langen Dauer der Erkrankung sowie durch Beobachtung frischer Effloreszenzen, die auch experimentell durch Reizung hervorzurufen waren, klinisch die Diagnose Urticaria xanthelasmoidea seu pigmentosa zu stellen.

Aus allen diesen kurz angeführten Mitteilungen geht zur Genüge die Schwierigkeit hervor, ein luetisches Exanthem von den durch die Urticaria pigmentosa gesetzten Hautveränderungen zu unterscheiden. Nur die längere Beobachtung und genaueste klinische Untersuchung vermag eine Klärung in dem einen oder dem anderen Sinne herbeizuführen. Das gleichzeitige Bestehen beider Erkrankungen bei ein und demselben Individuum kann nun das Krankheitsbild noch mehr komplizieren. Und da in der Literatur ein derartiges Nebeneinandervorkommen von Erbsyphilis und Urticaria pigmentosa nicht verzeichnet zu sein scheint, so beschreibt Verf. einen Fall dieser Art, der an seiner Abteilung zur Beobachtung kam, ausführlich.



Der Fall stimmte in vieler Hinsicht mit dem als Urticaria xanthelasmoidea seu pigmentosa beschriebenen Krankheitsbilde vollkommen überein. Ein solcher gemeinschaftlicher Zug ist zunächst das Auftreten des Ausschlages wenige Tage nach der Geburt. Gilt ja doch der Beginn der Erkrankung in der frühesten Kindheit als ein Kardinalsymptom der Urticaria pigmentosa. So lehrt die Statistik Blumers, daß der Ausbruch dieser Hauterkrankung in 71 pCt. der Fälle innerhalb des ersten Lebensjahres und in 20 pCt. innerhalb des ersten Lebensmonates fällt. Auch Perrin bezeichnet die ersten vierzehn Lebenstage als die Zeit, in der die Erkrankung am häufigsten auftritt.

Die reiche Zahl der Effloreszenzen, welche der Haut des Kindes förmlich ein getigertes Aussehen gab, steht auch im Einklang mit dem Bilde der Urticaria pigmentosa. Zahlreiche Angaben in der Literatur weisen auf die reiche Ausbreitung des Ausschlages hin. So schreibt beispielsweise Unna in seinem Pariser Brief über einen von Raymond veröffentlichten Fall, daß die Effloreszenzen so massenhaft vorhanden waren, daß der Knabe „buchstäblich vom Kopf bis zu den Füßen getigert ist“. Perrin und Klotz berichten in ähnlichem Sinne.

Ein weiteres unterstützendes Moment für die Stellung der Diagnose Urticaria pigmentosa fand sich in der leichten Erregbarkeit der Haut, die darin zum Ausdruck kam, daß auf thermische Reize, wie z. B. ein warmes Bad, bald eine lebhafte Rötung der Pigmentflecke auftrat, anderseits auch schon der leichte Druck der Kleidung genügte, um durch mechanische Irritation Effloreszenzen hervorzurufen. Daraus erklärt sich auch die besonders reiche Anordnung an den Druckstellen.

Eine Juckempfindung wurde nicht beobachtet, ein Befund, der sich vielen in der Literatur anschließt (Nobl). Auch das lange Bestehenbleiben der Makulae sowie der Umstand, daß die Effloreszenzen trotz energischer antiluetischer Kur an Zahl sogar noch zunahmen, ließen mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine Urticaria pigmentosa schließen.

Vollständig sichergestellt wurde aber die Diagnose durch die auf der Klinik ausgeführte histologische Untersuchung, die Ehrlichsche Mastzellen zu Tumoren geordnet zeigte. Dieser Befund läßt den Fall dem als Urticaria pigmentosa (Typus Unna) beschriebenen Krankheitsbilde zuzählen.

An die Möglichkeit, daß einerseits das luetische Infiltrat sich in die Urtikariaeffloreszenzen hineinlokalisiert hätte oder anderseits die Urtikaria den Reiz für die Lokalisation des spezifischen Infiltrats gesetzt hätten, wäre zu denken, da der Zusammenhang zwischen Lues und Reizung als erwiesen gelten muß. Jedenfalls spricht der histologische Befund durch den vorwiegend gleichförmigen Aufbau des Infiltrats aus Mastzellen bei nur spärlich vorhandenen Plasmazellen für ein vollständig getrenntes Nebeneinander beider Erkrankungen.

In dem beschriebenen Falle bestand bezüglich der Diagnose des Exanthems die Schwierigkeit der Differenzierung in um so höherem Grade, als neben den Effloreszenzen der Urticaria pigmentosa ein sicheres luetisches Exanthem bestand; insbesondere beim Rückgange

der luetischen Symptome trat dieser Unterschied noch deutlicher zutage.

Es soll daher auf die Möglichkeit einer solchen Kombination und die daraus sich ergebende diagnostische Schwierigkeit aufmerksam gemacht werden. Eine sichere Entscheidung kann demnach nur die längere Beobachtung des gesamten Verlaufes und vor allem aber die histologische Untersuchung bringen. Grätzer.

A. E. Garrod u. W. H. Hurtley, Congenital family. Angeborene Steatorrhoea, familiäre Steatorrhoe. (Quarterly Journ. of Medicine 1913, Januar.) Der hier beschriebene Fall scheint in seiner Art einzig zu sein. Es handelt sich um einen achtjährigen Knaben, der seit seiner ersten Kindheit eine echte Steartorrhoe hat, d. h. flüssiges, beim Erkalten erstarrendes Fett durch den Darm ausscheidet. Irgend eine andere krankhafte Erscheinung bot der Knabe nicht; er war gut entwickelt, befand sich in einem guten Ernährungszustand ohne die geringste Spur von Infantilismus. Die Existenz der Steatorrhoe mußte natürlich an eine Pankreaserkrankung denken lassen, aber es fand sich für eine solche kein Anzeichen. Er hatte niemals Ikterus gehabt, und in den Fäzes ließ sich Gallensäure nachweisen. Es bestanden weder Diarrhoe noch andere Erscheinungen einer intestinalen Erkrankung. Die Analyse ergab, daß der Patient mit den Fäzes etwa 25% der aufgenommenen Fettmenge ausschied, ein auch dann sich gleichbleibendes Verhältnis, wenn der Fettgehalt der Nahrung verdoppelt wurde. Die mangelnde Fettabsorption hing keineswegs von einer Spaltungs-Insuffizienz ab, da eine Besserung der Verseifung nicht von einer vollkommenen Absorption gefolgt war.

Die Autoren neigen zu der Annahme, daß es sich im gegebenen Fall um eine angeborene, noch nicht beschriebene Anomalie des organischen Stoffwechsels analog der Alkaptonurie und Zystinurie handelt. Hervorgehoben zu werden verdient es, daß die fragliche Anomalie einen familiären Charakter zeigte. Der Patient war das zweite von fünf Kindern dieser Familie und stammte von blutsverwandten Eltern; das fünfte Kind, ebenfalls ein Knabe, der mit elf Monaten starb, zeigte seit Geburt dieselbe Anomalie. H. Netter (Pforzheim).

Charles Nicolle u. A. Conor, Vaccinothérapie dans la Coqueluche. (Compt. rend. Acad. des sc. 1913 16. Juni, Nr. 24 p. 1849.) Nicolle, Leiter des Pasteurschen Instituts in Tunis, und sein Mitarbeiter Conor haben während einer Keuchhustenepidemie in Tunis im letzten Frühjahr Versuche mit Vakzinetherapie durch Inokulation von lebenden Kulturen des Bordetschen Mikroben angestellt. Zur Herstellung der Emulsion dienten 48 Stunden alte Kulturen. Jeder Tropfen Emulsion repräsentierte etwa 400 Millionen Mikroben und war in 2 ccm physiologischen Wassers aufgelöst. Die Kranken erhielten pro Injektion 1—5 Tropfen Emulsion, und die Injektionen wurden jeden zweiten oder dritten Tag wiederholt. Zu allgemeinen oder lokalen Reaktionen gaben sie niemals Anlaß.

122 Kinder wurden so behandelt, aber nur 104 Kinder konnten genauer verfolgt werden. Auf diese entfallen 37 Heilungen, 40 Besserungen und 27 stationäre Zustände. Von den 37 Heilungen traten

29 nach 2—5 Impfungen, d. h. in 3—12 Tagen ein. In Summa wurde in den Fällen, welche heilten, eine sehr schnelle Besserung konstatiert, im allgemeinen von der ersten oder zweiten Impfung ab. Dieselbe gibt sich besonders in eine Herabsetzung der nächtlichen Anfälle nach Stärke und Zahl zu erkennen. H. Netter (Pforzheim).

R. Ollerenshaw, Renalcalculus in childhood. (Brit. med. Journ. 1913, 18. Jan.) Während man bei der Autopsie von Kindern jeden Alters kleine Harnkonkremente sehr häufig findet, sind die Nierensteine von einer Größe, daß sie deutliche Symptome machen, recht selten. Unter diesen ist die Hämaturie eines der auffallendsten. So sah Verf. ein 3 jähriges Mädchen, das seit einigen Wochen an intermittierender Hämaturie litt; ein Jahr zuvor hatte es schon eine ähnliche Attacke, und zuweilen wurde über Schmerzen in der Lendengegend geklagt. Aus beiden Ureteren entleerte sich, wie die Zystoskopie zeigte, klarer Urin, nur schien die linke Harnröhrenmündung leicht hyperämisch. Die Röntgenuntersuchung wies einen Stein in der linken Niere nach. Man fand einen 25 g schweren Uratstein, 2 mm über dem unteren Pol der Niere. Heilung.

In einem zweiten Fall handelte es sich um einen 8 jährigen Knaben, der seit zwölf Monaten an linksseitigen abdominalen Koliken litt, die in den letzten drei Monaten heftiger wurden und von häufigem Erbrechen begleitet waren. Auch hier wurde durch die Radioskopie ein Stein im unteren Pol der linken Niere nachgewiesen. Heilung durch Operation, bei der ein runder, harter, 1 g schwerer Stein entfernt wurde. H. Netter (Pforzheim).

Haushalter u. **Fairise,** Calculose vésicale et pyélonéphrite chez un enfant de 4 ans et demi. (Annales de med. et Chir. infantiles 1913, Nr. 12, 15. Juni.) Etwa einen Monat vor der Aufnahme begann die Krankheit mit Appetitlosigkeit, Stuhlverhaltung und heftigen Leibschmerzen. Seit drei Wochen wurde der Urin Tropfen um Tropfen entleert. Während der ganzen Woche ante recept. ständige Klagen Tag und Nacht und starke Zunahme der von Anfang an vorhandenen Blässe. Seit 48 Stunden heftiger Kopfschmerz, zugleich ein Purpuraausschlag.

Der für sein Alter ziemlich große, aber magere Knabe mit sehr großem Kopf hat starke nach vorn konvexe Säbelscheidenunterschenkel. Die oberen Epiphysen sind groß, knotig. Diese charakteristische Deformation der Erbsyphilis fällt zusammen mit einigen Merkmalen, wie Sattelnase, große obere Canivi, halbmondförmige Erosion an einem oberen Schneidezahn. Keine Rachitis. Haut und Schleimhäute blaß. Auf dem oberen Teil des Rumpfes und in den Leisten große, ausgedehnte Petechien, Leib aufgetrieben, überall schmerzhaft. Das Kind verliert ständig tropfenweise einen eiweißhaltigen Urin von Braunbierfarbe. Zahnfleisch blutend. Milz, Leber, Herz und Lungen lassen nichts von einer krankhaften Veränderung erkennen. Nach einigen Tagen fötide Diarrhoe, stellenweise Verschwinden und Wiederkehren der Purpura. Äußerste Kachexie. Andauer der Urinstörungen. Urin deutlich blutig, gleichzeitig Lippenblutungen. Exitus. Der ganze Krankheitsverlauf war fieberlos.

Die Autopsie ergab Tuberkulose der Tracheo-Bronchialdrüsen und einen großen käsigen Tuberkel im rechten Oberlappen. Die interessantesten Veränderungen wies aber der Harnapparat auf: Nieren groß und weich; Nierenbecken und Harnleiter stark erweitert. Als Ursache des vesikalen Hindernisses ergab sich ein stark walnußgroßer Phosphatstein. Blasenwand hypertrophisch und entzündet. Pyelonephritis suppurativa.

Alle Urinstörungen (Inkontinenz, Schmerzen, Albuminurie, Hämaturie) lassen sich auf den Stein und die der Retention und aufsteigenden Infektion folgende Pyelonephritis zurückführen. Die infektiösen Schädigungen des Harntraktus, die Niereninsuffizienz, die Schwierigkeit der Harnentleerung erklären zugleich die Infektion und die Intoxikation durch die Harngifte. Diese Intoxikation und diese Infektion geben die Ursache für die wechselnden Allgemeinerscheinungen, welche die Diagnose schwierig machten: Anämie, Kephalea, Darmstörungen, Purpura, die man mit der Heredosyphilis des kleinen Kranken zu erklären versucht hatte. H. Netter (Pforzheim).

L. Sytschewa, Zur Kasuistik der Brucheinklemmungen im frühen Kindesalter. (Wratschebnaja Gaseta. 1913. Nr. 39.) Die Brucheinklemmungen im frühen Kindesalter, d. h. auch in den ersten Lebensjahren, gehören nicht nur zu den selteneren Erkrankungen, sondern es bieten auch das klinische Krankheitsbild und der Verlauf manche Besonderheiten dar. Was letztere anbelangt, so sind es zwei Symptome: blutige Stühle und Harnverhaltung, die beim Kinde wesentlich häufiger als beim Erwachsenen zur Beobachtung gelangen. Der Verlauf der Brucheinklemmungen beim Kinde ist ferner ein weniger heftiger, milderer, so daß auch eine nicht frühzeitig ausgeführte Operation doch noch gute Resultate ergibt. Es beruht dieser Umstand, ebenso wie die Seltenheit der Brucheinklemmung im frühen Kindesalter, hauptsächlich auf den anatomischen Verhältnissen: die Gewebe sind weich, zart, elastisch und können auf den Inhalt des Bruchsackes keinen energischen, starren Druck ausüben. Auf Grund der in der Literatur niedergelegten zahlreichen Angaben gelangt Verf. zum Schluß, daß im frühen Kindesalter die rechtsseitigen Inguinalhernien überwiegen. Die Mortalität der operierten Kinder beträgt im Durchschnitt 11,4%, während die Angaben der Autoren über die Mortalität der Erwachsenen bei Operationen der inkarzerierten Hernien zwischen 12,7% und 43% schwanken. Es ist somit die Prognose der Operation einer eingeklemmten Hernie bei ganz jungen Kindern keine schlechte: so soll eine Durchsicht der in der russischen Literatur niedergelegten einschlägigen Fälle nur einen Todesfall ergeben haben; ja es wird selbst über die Operation bei einem 4 Stunden alten Kinde mit günstigem Ausgange berichtet. An der Hand eines näher beschriebenen, von Prof. Tichoff operierten Falles bei einem 1 Jahr 7 Monate alten Knaben betont Verf., daß die Operation an und für sich im frühen Kindesalter nicht kontraindiziert sei. Es müßten aber zwei Umstände berücksichtigt werden: einmal die Schwierigkeit, das am meisten in Betracht kommende Operationsgebiet, die Inguinalgegend, rein zu halten. Dieser Umstand sei aber weniger wichtig, da Operationswunden bei Kindern erfahrungsgemäß außerordentlich

gut ausheilten. Wichtiger sei die Schwierigkeit, die anatomischen Verhältnisse bei der Kleinheit der in Betracht kommenden Organe gut zu übersehen; besonders, da der Funiculus spermaticus und das Vas deferens sich nur als dünne, fadenförmige Bildungen darstellen. Andererseits ist aber der Erfolg der Radikaloperation bei Kindern überhaupt und bei ganz jungen Kindern im speziellen zu betonen, die nach den Angaben der Autoren eine Mortalität von 1% bis 5% besitzt.

Da somit die Hernienoperation im frühen Kindesalter sehr gute Resultate ergibt, so empfiehlt Verf. eine Erweisung der Indikationen für operative Eingriffe bei Hernien im frühen Kindesalter.

S. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verhandlungen der dänischen pädagogischen Gesellschaft.

23. Sitzung am 12. Dez. 1912.

1. Privatdozent Dr. Adolph H. Meyer: **Demonstration eines Patienten mit Bronchialdrüsentuberkulose.** Es handelt sich um einen 3jährigen Knaben, der am 19. Nov. in der Klinik des Ref. aufgenommen wurde. Er war Nr. 2 von 2, die Eltern waren gesund. Er bekam die Brust 6 Monate, war gesund und entwickelte sich normal bis ca. 8 Monate vor der Aufnahme; er begann dann zu husten; der Husten hatte sich später gehalten. Während der Krankheit war er appetitlos gewesen, war etwas blaß und mager geworden. Die Verdauung war in Ordnung gewesen, ab und zu hatte er während des Hustens erbrochen; der Husten kam in keuchhustenähnlichen Anfällen. Bei der Aufnahme war ein starkes exspiratorisches Zischen vorhanden, das eine genauere Stethoskopie unmöglich machte. Nachdem er einige Tage gelegen hatte, schwand das Zischen, und die Stethoskopie zeigte dann folgendes: die Respiration war ein wenig beschleunigt, die Respirationsexkursionen waren an der linken Seite am größten. Die zwei Brusthälften waren von gleichem Maß. An linker Seite war sowohl an der vorderen als an der hinteren Fläche klarer Perkussionsschall mit starker vesikulärer Atmung, an rechter Seite sowohl vorn als hinten ein wenig kurzer Schall und sehr stark geschwächte Atmung. Einzelne Rhonchi an beiden Lungen. Herzaktion leicht unregelmäßig, die Stethoskopie des Herzens übrigens normal.

Die von Oberarzt Bing beschriebenen Dämpfungen waren deutlich vorhanden und wurden demonstriert. Zugleich war Dämpfung an 3—6 Proc. spin. vertebr. dorsal. vorhanden. Die v. Pirquetsche Reaktion war stark.

Der Knabe war in der Klinik lebhaft, die Abendtemperatur bisweilen leicht erhöht, der Appetit nicht gut, doch hatte er in den verlaufenen drei Wochen 750 g zugenommen. Er hatte im Bett gelegen, nur die letzte Woche war er 1—2 Stunden außer Bett gewesen. Wenn er lief oder aufgeregt wurde, trat Zischen und Husten auf; wenn er in Ruhe war, blieben diese Symptome aus. Das Röntgenbild zeigte charakteristische Schatten der Hiluspartien, namentlich an der rechten Seite. Der Ref. hob endlich den sehr charakteristischen stethoskopischen Befund, der auf Kompression des rechten Bronchus deutete, hervor.

2. Privatdozent Dr. Oerum: **Demonstration von pathologisch anatomischen Präparaten bzw. von Stenosis duodeni und von Stenosis pylori.** In dem ersten Fall handelte es sich um einen zwei Monate alten Knaben, der atrophisch aufgenommen wurde. Erst wenige Tage vor der Aufnahme hatte er Erbrechen bekommen. Gewicht 2150 g. Er bekam Malzsuppe, hatte aber explosives Erbrechen, gelben, schleimigen Stuhl. Magenperistaltik wurde nicht beobachtet. Die Retention war wechselnd. Nach 10 Tagen starb der Säugling. Bei der Sektion wurde Hypertrophia muscularis ventr. et duodeni, Dilatatio duodeni, Aplasia intestini tenuis et crassi nebst Stenosis duodeni gefunden. Die Stenose ließ kaum einen Stecknadelkopf zu passieren, gleichzeitig war eine $^1/_2$ cm breite Klappe vorhanden. Gerade an der Stenose mündete der Gallengang aus.

In dem zweiten Fall handelte es sich um einen Knaben, der 1 Monat alt aufgenommen wurde, er litt an typischer Pylorusstenose. Ein Monat nach der Aufnahme begann er an Gewicht zuzunehmen, nahm dann in ca. 200 Tagen 3850 g zu. Zwei Monate nach dem Aufhören des Erbrechens starb er an Bronchopneumonie. Das Präparat zeigte eine typische Stenosis pylori trotz des Aufhörens der klinischen Symptome.

Diskussion. Prof. Monrad fragte, ob in dem ersten Fall Galle in dem erbrochenen Mageninhalt vorhanden war, das war bei Duodenalstenose von differentialdiagnostischer Bedeutung gegenüber Pylorusstenose. Betreffs des zweiten Falles teilte er mit, daß in der pathologisch-anatomischen Sammlung des Kinderhospitals ein Pyloruspräparat vorhanden sei von einem Kinde, das in dem Krankenhaus auf Pylorusstenose behandelt war und als geheilt entlassen wurde. $^1/_2$ Jahr später wurde es wieder aufgenommen und starb an einer infektiösen Gastroenteritis, während des zweiten Krankenhausaufenthalts hatte es kein explosives Erbrechen, keine sichtbare Magenperistaltik und keine Retention. Doch zeigte dieser Pylorus genau dieselbe Hypertrophie, die man bei Kindern, die während der Erkrankung sterben, findet. Es wäre interessant, bestätigen zu können, wie lange eine solche Hypertrophie bestehen kann.

Oberarzt Bing fragte, ob die Stenose bei Sektion von Erwachsenen je gefunden ist.

Privatdozent Oerum hatte eben wegen des gallefarbigen Erbrechens Pylorusstenose in dem ersten Fall ausgeschlossen. Es war von Interesse, daß das Erbrechen in diesem Fall erst zwei Monate nach der Geburt aufgetreten war; es konnte darauf deuten, daß auch die Pylorusstenose, wo das Erbrechen gewöhnlich auch nicht in den ersten Wochen gefunden wird, angeboren ist.

3. Privatdozent Oerum: **Einige Erfahrungen über die Behandlung von Ernährungsstörungen bei Säuglingen.** Der Ref. hatte Nachuntersuchungen über 72% von 212 Säuglingen vorgenommen, die in dem Königin-Louisen-Kinderhospital für Ernährungsstörungen behandelt worden waren. 7,3% von den für akute, 18,2% von den für chronische Ernährungsstörungen behandelten waren später gestorben. Die Kinder, die bei der Nachuntersuchung über 2 Jahre waren, zeigten betreffs Gewicht, Länge, Kopf- und Brustumfang dieselben Zahlen wie normale Kinder. Durch Vergleich mit den mit Milchgemischen und mit Buttermilchsuppe ernährten Säuglingen fand er, daß Rachitis und Pneumonien häufiger unter den mit Buttermilchsuppe ernährten auftraten; sechsmal war Barlowsche Krankheit nosokomial entstanden, in allen sechs Fällen bei den mit Buttermilchsuppe ernährten; diese Kinder zeigten auch nach der Entlassung die größte Sterblichkeit.

4. Prof. Israel-Rosenthal: **Fortgesetzte Erfahrungen über Malzsuppebehandlung bei Magen-Darmkatarrh und Atrophie bei Säuglingen.** (In erweiterter Form in dem Festband der Bibliotek for Läger anläßlich des 50jährigen Bestehens des Kopenhagener Kommunehospitals veröffentlicht; auch in diesem Zentralblatt referiert.)

Diskussion. Prof. Monrad hatte wiederholte Versuche mit Malzsuppe gemacht, konnte aber an der Begeisterung des Prof. Rosenthal nicht teilnehmen. Den Zusatz von Kalikarbonat fand er zwecklos, da niemand mehr an die Säurevergiftungstheorien glaubt. Er wünscht zu wissen, ob die Malzsuppenkinder leicht Rachitis und Furunkulose bekommen und wie ihr späteres Schicksal war. In den letzten 5 Jahren war die Sterblichkeit der von ihm behandelten alimentären Dyspepsien (Bronchopneumonien und andere terminale Infektionen miteingerechnet) 11%; er fand deshalb keine Ursache, seine Terapie zu verändern. Im ganzen war er mehr zurückhaltend als Rosenthal rücksichtlich Mehlernährung in den ersten drei Lebensmonaten.

Prof. Israel-Rosenthal hatte die besten klinischen Resultate bei den jüngsten Säuglingen. Fäzesanalysen hatten ihm gezeigt, daß 90—95% des Amylums von denselben verdaut wurden; starke Amylumreaktion in dem Stuhl bedeutet nichts, selbst 1% Amyluminhalt gab starke Reaktion. Furunkulose war nur bei 5 unter den 208 mit Salzsuppe mehr als eine Woche ernährten Säuglingen aufgetreten. Er forderte in keiner Weise die Zubereitung der Malzsuppe zu ändern. Vielleicht beruhten die weniger guten Resultate des Prof. Monrad auf solchen Änderungen, z. B. hatte derselbe nicht 2 Minuten in dem Soxhletschen Apparat die fertige Suppe sterilisiert.

Privatdozent Oerum fand die Malzsuppenbehandlung vorzüglich, vielleicht beruhte ihre gute Wirkung darauf, daß die Darmflora der der Brustkinder ähnlich war. Möglicherweise war die längere Behandlung des Weizenmehls mit Wärme von Bedeutung.

24. Sitzung am 25. Februar 1913.

Oberarzt Lendrop: **Demonstration eines Falles von Chondrodystrophia foetalis.** Es handelte sich um einen 4 jährigen Knaben mit typischer Chondrodystrophie.

Prof. Monrad: **Einleitung zur Diskussion der Ernährung und Pflege gesunder Säuglinge.**

25. Sitzung am 4. April 1913.

Fortsetzung der Diskussion der Ernährung und Pflege gesunder Säuglinge.

26. Sitzung am 23. April 1913.

1. Privatdozent Vald. Poulsen: **Demonstration eines Patienten mit multiplen Exostosen.** Es handelte sich um einen 6 jährigen Knaben. Früher gesund. Keine Rachitis. Als er 4 Jahre alt war, bemerkte die Mutter eine harte Geschwulst an der inneren Seite des rechten Femur oberhalb des Knies, kurz danach eine ähnliche an dem linken Handgelenk, später wurden mehrere neue Knoten gefunden. Die Organuntersuchung zeigte nichts Abnormes. Harn und Blutbefund normal. Wa-R negativ. An rechter Unterextremität wurden ca. 2 cm oberhalb beider Epicond. femoris und an dem Condylus int. tibiae kamm- oder spornförmige Exostosen mit unebener Oberfläche gesehen und gefühlt. An der inneren Seite des linken Femur und des linken Condylus int. tibiae wurden ähnliche, aber kleinere Exostosen gefühlt. An dem oberen Ende beider Oberarmknochen wurden große kammförmige Exostosen gegen die Achselhöhle gefühlt, und oberhalb des linken Handgelenks wurde eine spornförmige Exostose auf dem Radius gesehen.

2. Dozent Monrad: **Demonstration eines 7 jährigen Mädchens mit Situs inversus und mit starker Knochenatrophie nach Scharlach.** Nach kurzem Referat der Krankengeschichte zeigte der Ref. das Kind und eine Reihe Röntgenbilder. Die starke Osteoporose, die speziell die Fußknochen zeigten, war sicher eine Folge des schweren Scharlachs, den das Kind durchgemacht hatte. Es handelte sich kaum um Inaktivitätsatrophie oder um osteoporotische Prozesse von tropho-neurotischem Ursprung. Die Prognose war ziemlich sicher eine gute; die Behandlung eine roborierende, mit Bädern und leichter Massage kombiniert. Der Situs inversus hatte selbstverständlich nur Interesse als seltene Mißbildung.

3. Dozent C. E. Bloch: **Demonstration eines Patienten mit infantiler Hysterie.** Es handelte sich um ein 8 jähriges Mädchen mit Krämpfen, Katalepsie, teilweise Taubheit und Stummheit; bisweilen war es abgestumpft und verwirrt. Der Ref. erörterte die Differentialdiagnose gegenüber Hebephrenie und Epilepsie.

Dozent Monrad glaubt, daß die Diagnose richtig war, man könnte aber die Möglichkeit eines Morbus mentalis nicht ausschließen.

Oberarzt B. Meyer war geneigt, die Diagnose richtig zu finden, man sollte aber an die Möglichkeit einer Dementia praecox denken.

4. Dozent Bloch: **Demonstration eines 5 jährigen und eines $1^1/_2$ jährigen Mädchens mit Myxödem.**

5. Dozent Monrad: **Demonstration von Osteogenesis imperfecta.** Der Ref. demonstrierte das Skelett eines Kindes, das, 3 Wochen alt, gestorben ist und ein schönes Beispiel dieser Form von Mikromelie zeigte, und erwähnte die Differentialdiagnose zwischen diesem Leiden und Chondrodystrophia foetalis. Er hob hervor, daß man durch die Röntgenbilder der Epiphysenlinien mit vollständiger Sicherheit zwischen Osteogenesis imperfecta, Chondrodystrophia foetalis, Myxoedema infantile und Rachitis unterscheiden kann.

6. Dozent Bloch: **Demonstration einer Röntgenphotographie von einer Patientin mit Halsrippe,** die vorübergehend Anfälle von Nackensteifigkeit und Torticollis verursacht hatte.

7. Privatdozent G. Jörgensen: **Untersuchungen über Kochsalzfieber bei Säuglingen.** (Der Vortrag wurde in der Mschr. f. Kindhlk. 1913 12. H. 7 S. 386 veröffentlicht, auch in diesem Zentralblatt referiert.)

8. **Generalversammlung.** Der Vorsitzende, Dozent Monrad, teilte mit, daß die Gesellschaft in der internationalen pädiatrischen Assoziation angemeldet



sei. Die Versuche, eine nordische pädiatrische Sektion zu bilden, sind vorläufig gescheitert.

Der Schriftführer, Privatdozent A. Meyer, legte Bericht ab. Die Gesellschaft hat jetzt 36 Mitglieder.

Der Vorsitzende teilte mit, daß das Präsidium, das jetzt 5 Jahre amtiert hätte, zurückzutreten wünschte. Nach seinem Vorschlag wurde als neues Präsidium Dozent C. E. Bloch (Präsident) und Privatdozent V. Poulsen (Schriftführer) gewählt. Abteilungsarzt Lendrop dankte mit Akklamation der Versammlung dem zurückgetretenen Präsidium. Adolph H. Meyer.

Gesellschaft der Charitéärzte.

Berlin, 4. Dezember 1913.

(Nach Deutsche med. Wochenschrift.)

1. Reyher: **Operation des kindlichen Turmschädels.** Durch Röntgenuntersuchung ist es möglich, mit großer Sicherheit diejenigen kindlichen abnorm kleinen Schädel herauszufinden, für die die Entlastungstrepanation therapeutisch in Frage kommt. Der Turmschädel entsteht im Gegensatze zum Schädel des Idioten durch Anomalien des Knochenwachstums (prämature Synostosen), so daß die geistigen und besonders die Sehstörungen sekundär sind. Beim Idiotenschädel ist das Zurückbleiben des Gehirnwachstums das Primäre, der Knochen gibt also einen gleichmäßigen Schatten, während der des Turmschädels einen Schatten gibt, der die Abdrücke der Hirnwindungen (Druckusur) deutlich erkennen läßt. Zweck der Operation ist vor allem: Verhütung der Sehstörung. Die Zeitbestimmung zur Operation ergibt sich aus: 1. der Röntgenuntersuchung, 2. der ophthalmologischen Untersuchung, 3. der vergleichenden Betrachtung der Kurve des normalen Wachstums des Schädels. Im allgemeinen ist der Zeitpunkt früh zu wählen, am besten in den ersten Lebensjahren. Nach dem siebenten Lebensjahre ist kein Erfolg mehr zu erwarten. Ventrikelpunktion kommt nur bei basaler Meningitis in Betracht.

2. Klemm: **Morphiumüberempfindlichkeit bei Kindern.** Ver. warnt vor dem Gebrauche von Morphium bei Kindern (wo es gewöhnlich bei Diphtherie mit Larynxstenose und bei Kehlkopfkrupp angeraten wird) aus Anlaß eines kürzlich beobachteten Falles: Ein vierjähriges Kind bekam eine Stunde nach Verabreichung von 0,005 Morphium Krämpfe in den Extremitäten, Koma, Pupillenenge und Atemstillstand und war erst nach fünf Stunden künstlicher Atmung wieder außer Todesgefahr. Man soll beim Chloralhydrat bleiben, obwohl zuweilen Morphiumanwendung sehr bestechende Erfolge hatte.

3. Niemann: **Ein unbekanntes Krankheitsbild.** Ein 1 Jahr 5 Monate altes Kind, angeblich schon seit dem zweiten Lebensmonat große Milz. Zurückgeblieben, kachektisch, Leib sehr dick, 50 cm Umfang. Milz und Leber große derbe Tumoren mit scharfen Rändern. Stauungserscheinungen und Aszites. Wa.R. +, Schmierkur und Jodkalium aber ohne jeden Erfolg. Schließlich Exitus. Sektionsbefund: Keine Zeichen von Syphilis; Fettleber, sehr große weißgelbe Milz, Lymphdrüsen merkwürdig weißgelb und weich. Mikroskopisch: Die Milz besteht aus lauter großen einkernigen Zellen mit Vakuolen, auch in der Leber viele solche Zellen. Keine Zirrhose. Der Fall ist nach Verf. weder eine reine Splenomegalie Gaucher (also Epitheliom), noch Schultzesche Lipämie. Ceelen hat solche Zellen auch bei chronischer tuberkulöser Pneumonie gefunden und behauptet, es seien keine verfetteten Alveolarepithelien, sondern Zellen, zu deren Entstehung ein Reiz nötig sei, z. B. starke Kachexie oder eine Infektion. Vorgeschlagene Bezeichnung des Krankheitsbildes: „Großzellige Drüsenmetamorphose".

Diskussion. Czerny: Der Fall ist keine Seltenheit, nur wurden bisher alle gleichartigen Fälle als hypertrophische Leberzirrhose geführt; allerdings ist es der erste hier sezierte Fall (über den auch Orth keine genaue Auskunft geben konnte). Lues ist ganz unwahrscheinlich, alle Fälle dieser Krankheit haben bis jetzt zum Tode geführt. — Mosse: Bei der bekannten Gaucherschen Krankheit, um die es sich hier handelt, ist familiäres Auftreten die Regel. Auffallend ist die Akuität des Verlaufs. Man beobachtet aber auch sonst häufig akuten Verlauf im Kindesalter, chronischen bei Erwachsenen (z. B. beim Diabetes mellitus).



4. Stolte: **Periodisches Erbrechen und Diabetes.** Beim sogenannten periodischen Erbrechen der Kinder, das immer mit Azetonämie und Azetonurie verbunden ist, hat man bisher nicht gewußt, ob diese ein Charakteristikum ist, da sie auch sonst bei schwerkranken Kindern vorkommt. Vorstellung eines Kindes, das an periodischem Erbrechen leidet und bis zu 600 mg Azeton täglich ausgeschieden hat (weit über die Meyer-Langesteinsche Maximalangabe von 188 mg Azeton täglich bei Inanition). Das Kind hat auch in gesunden Tagen Azetonausscheidung. Der Zusammenhang der Krankheit mit Diabetes wird dadurch bewiesen, daß durch Kohlehydratentzug sofort bei dem Kinde ein schwerer Anfall von periodischem Erbrechen ausgelöst werden konnte, und daß die Anfälle bei reichlicher Kohlehydratzufuhr ausblieben. Die primäre Ursache der Stoffwechselstörung ist leider noch unbekannt, immer aber handelt es sich um hereditär belastete Kinder.

Hilliger demonstriert die zugehörigen Stoffwechselkurven des sehr genau durchgearbeiteten Falles.

5. Harriehausen: **Hirschsprungsche Krankheit.** Beitrag zur Ätiologie. Vorgestelltes Kind ist anderthalb Jahre alt, aus nervös belasteter Familie, hatte bereits im dritten Lebensmonat enorm aufgetriebenen Leib. Es gab keine Möglichkeit eines spontanen Stuhlganges außer mittels Dauerkatheters. Dreimal kamen die Eltern, die das Kind gebessert herausgenommen hatten, mit ihm wieder in die Klinik mit genau dem gleichen hochgradigen Befund: 7 cm oberhalb des Afters befand sich im Rektum eine Stenose, durch die man nur in Narkose mit dem Finger hindurchkam, um eine Entleerung der steinharten reichlichen Kotmassen zu erreichen. Die Stenose war durch Muskelkontraktion bedingt und wurde sehr günstig durch Atropinbehandlung beeinflußt, 3 mal täglich $^1/_2$ mg als Suppositorium. Nach drei Monaten blieb der Bauch auch ohne Atropin klein. Interessant waren folgende Beobachtungen: 1. Rizinusöl ohne jede Wirkung, 2. Atropin in nur einmaliger großer Dosis unwirksam, 3. nach zwei Monaten wegen Gewöhnung Steigerung der Atropindosis auf $^3/_4$ mg erforderlich. Die Stenose kann funktionell oder narbig sein, oder sie wird durch Achsendrehung des Kolons bewirkt. Da die Atropinbehandlung auch nur Besserung, aber keine Heilung erzielt, werden chirurgische Methoden vorgeschlagen.

6. Czerny: **Klinische Bedeutung der Thoraxsenkung.** Beim Kinde steht die obere Thoraxapertur fast horizontal, der Thorax also sehr hoch. Beim Greise steht er tief (Freundsche Messungen). Trotzdem im allgemeinen der Zeitpunkt des Stehenlernens für die kindliche Thoraxhaltung einen Ruck bedeutet, finden sich doch große Differenzen bei wachsenden Kindern gleichen Alters. Daher auch sehr verschiedene Atemtypen. Bei vorwiegender Bauchatmung ist die Zirkulation besser, bei Thoraxatmung die Lüftung der Lunge. Die Thoraxatmung ist aber ausgiebiger bei flachem (gesenktem) Thorax; daher haben auch, wie sich feststellen ließ, Kinder mit hohem Brustkorbe häufiger Lungentuberkulose als die mit gesenktem. Also gerade umgekehrt wie die bisherigen Anschauungen vom sogenannten paralytischen Thorax! Die Ursachen der Thoraxgestaltung sind hauptsächlich: 1. Ausbildung der Thoraxmuskeln, 2. Füllung des Abdomens, 3. Abwärtszug des Brustkorbes durch die Bauchdecken bei Lordose, 4. Mund oder Nasenatmung. Die Beachtung der Zirkulation ist wichtiger als die der Atmung, die Thorakodynamik wichtiger als die Thorakostatik.

Diskussion. Hofbauer (Wien) gibt dazu Erläuterungen und erkennt die Czernyschen Ansichten in vollem Umfange an.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Behrenroth: **Meningitis basilaris gummosa.** 12 Jahre alte Schülerin E. L. Am 9. September 1912 Fall auf das Gesäß, als ihr die Mutter aus Versehen den Stuhl fortgezogen hatte. Am nächsten Abend aus völligem Wohlbefinden heraus Frostgefühl und Kopfschmerzen, einen Tag später Temperatur 39°, geringe Nackensteifigkeit, motorische Lähmung beider Beine. Zwei Kinder aus demselben Haus unmittelbar vorher erkrankt mit Kopf- und Nackenschmerzen ohne nachfolgende Lähmungen. Jetziger Befund: schlaffe Lähmung beider Beine, ausgedehnte Ea.R., Fehlen der Reflexe. Blase, Mastdarm, Sensibilität frei. — Traumatische Hämatomyelie durch den Verlauf allein schon auszuschließen.



Schwarzbach: **Dermoidgeschwulst.** Verf. demonstriert ein sechs Pfund schweres Dermoidkystom des Ovariums, das sich bei einem 13jährigen Mädchen vorfand und das ganze Abdomen ausfüllte. Ein kleiner Schnitt durch eine von der Oberfläche des Tumors durchzufühlende harte Partie eröffnet den Einblick in einen schmalen Hohlraum, an dessen Innenwand ein zottenförmiges Hautgebilde einem spangenförmigen Knochen aufsitzt. Der letzte ist durch das Gewebe hindurch zu tasten. Im Röntgenbilde zeigen sich zwei Zahnanlagen (Demonstration). Mikroskopisch läßt sich neben Epidermis mit Haaren und Drüsen auch Knorpel nachweisen. — Im Anschluß hieran wird ein Dermoid gezeigt, das sich subperitoneal zwischen den Blättern des Ligamentum latum vorfand und dessen Inhalt aus einer gelben krümeligen Masse bestand, die sehr viele feine hellblonde Haare und Schollen von perlmutterähnlichem Glanz enthielt. Mikroskopisch konnte man im Inhalt neben Fett Cholesterinkristalle nachweisen. Ein Schnitt durch die Wand der Zyste zeigte auch hier Epidermis und rudimentäre Drüsen.

(Greifswalder Med. Verein, 25. Januar 1913.)

Schrumpf (St. Moritz): **Die Tuberkulose-Vakzination mit besonderer Berücksichtigung des Überganges der Schutzkörper in die Muttermilch.** Maragliano (Genua) hat bei zahlreichen Tuberkulosekandidaten (meist Kindern tuberkulöser Eltern) die Vakzination mit abgetöteten Tuberkelbazillen vorgenommen. Es entwickeln sich an den Impfstellen nach einigen Tagen Pusteln (ohne Temperatursteigerung, falls der Organismus keinen Herd aktiver Tuberkulose enthält, mit Fieber bis 38,5°, falls ein solcher besteht), die nach 6—8 Wochen austrocknen. 14 Tage nach der Impfung zeigt die serologische Untersuchung der Patienten eine beträchtliche Steigerung des opsonischen Index, des Agglutinationsvermögens, ferner das Vorhandensein von spezifischen Präzipitinen und Antikörpern. Von 3000 geimpften Kindern wurden neuerdings 465 nachuntersucht; keines derselben war tuberkulös erkrankt. — Einen ähnlichen Erfolg haben die von Chantemesse ausgeführten, auf demselben Prinzip beruhenden Typhusimpfungen. Die durch die einmalige Vakzination im Serum sich bildenden Antikörper gehen bei Ziegen und ebenso auch bei stillenden Frauen in die Milch über, so daß es möglich ist, durch Impfung der Amme dem Säugling immunisierende Milch zukommen zu lassen, ein Verfahren, das große Zukunft zu haben scheint.

Diskussion. Plönies (Hannover): Jod wirkt günstig bei der Behandlung der Tuberkulose. Ein Fall mit gänzlich schlechter Prognose wurde durch 35 direkte Jodoformeinspritzungen in die Lungen geheilt. Patient lebt heute noch. Störungen durch diesen Eingriff sind nicht beobachtet. Bei innerlicher Zuführung wird Jodkalium wegen der dabei auftretenden Darmstörungen schlechter vertragen als Jodoform. — Bergel (Hohensalza-Posen): Jod fördert die lipolytischen Fähigkeiten der Lymphozyten den Tuberkelbazillen gegenüber, so daß diese der Phagozytose der Leukozyten dann leichter erliegen. — Rothschild (Schlußwort): Zwischen Tuberkulose und Thyreosen besteht vielleicht via Lymphozytose, auch nach Saathoff, ein Zusammenhang. Ob die Thyreose als Selbstschutz des Organismus gegenüber der Tuberkulose aufzufassen ist, ist zu erwägen. Intravenöse Jodoforminjektionen von 0,01—0,15 g in ätherischer Lösung werden gut vertragen, sind jedoch wegen der Unbeständigkeit des Jodoforms mit Schwierigkeiten verknüpft.

(XXX. Deutscher Kongreß f. Innere Medizin, Wiesbaden, 15.—18. April 1913.)

Erich Zurhelle: **Osteogenesis imperfecta bei Mutter und Kind.** Demonstration eines ausgetragenen, lebenden Neugeborenen mit Osteogenesis imperfecta, das auffallende Veränderungen an den Extremitäten und dem sehr weichen, nicht vergrößerten Kopf aufweist. Im Hüftgelenk gebeugte und auswärts rotierte O-Beine, die zusammen einen Kreis bilden mit sich entgegengerichteten Fußsohlen. Beide Füße in Equinovarusstellung. An den Unterschenkeln außerdem eine Konvexität mit der Krümmung nach vorne. Die Röntgenbilder zeigen intrauterin entstandene Frakturen an beiden Oberschenkeln, am linken Oberarm und am linken Schlüsselbein. Auffallend sind die leichten Skelettschatten, die dünne Kortikalis und die Rarefikation des spongiösen Balkensystems. Normale knorpelige Epiphysen mit annähernd geradem, eher etwas distalwärts konvexem Verlauf der Epiphysen-Grenze und mit normalem Auftreten der Knochenkerne. Stärkere Mikromelie nicht vorhanden. Gesichtsbildung bis auf geringe Einziehung der Nasenwurzel normal, ebenso die Haut des ganzen Körpers. Schädeldach nur zum Teil knöchern ausgebildet. Hinterhauptschuppe sehr weich und kaum fühlbar.

Auch die Scheitelbeine nur mangelhaft ausgebildet. Auf den Röntgenbildern die Umrisse des Schädeldaches nur gerade angedeutet. Mißbildungen irgendwelcher Art beim Kind nicht nachweisbar. Es handelt sich um einen der sehr selten lebend geborenen Fälle von Osteogenesis imperfecta mit den typischen Veränderungen am Schädeldach und mit den charakteristischen intrauterinen Verbiegungen und Frakturen. Die Mutter des Kindes wird ebenfalls vorgestellt. Sie hat bereits als Wickelkind Frakturen an den Oberschenkeln gehabt und später 7—8 mal jedes Bein gebrochen. Hochgradige Deformität an den Unterschenkeln in Säbelscheidenform. Normales Becken mit auffallend dünnen und porotischen Knochen. An Hand der Röntgenbilder von Mutter und Kind und eines Röntgenbildes eines alten Sammlungspräparates von Chondrodystrophia foetalis werden die charakteristischen Unterschiede dieser beiden Erkrankungen unter Berücksichtigung der grundlegenden Untersuchungen Kaufmanns und seiner Schule genau erörtert, die früher der äußeren Ähnlichkeit wegen unter dem irreführenden Namen der „fötalen Rachitis“ beschrieben wurden. Das Interessante an den vorgestellten Fällen ist das Auftreten dieser seltenen Skeletterkrankungen bei Mutter und Kind, das einerseits wichtig ist für die Frage der Erblichkeit der Osteogenesis imperfecta und anderseits Schlüsse ziehen läßt für die Identität dieser Erkrankung mit der sogenannten Osteopsathyrosis idiopathica, die anatomisch und klinisch dasselbe Bild bietet und sich nur durch die Zeit des Auftretens unterscheidet. Vortragender will, dem Vorschlage von Looser und Sumita folgend, den nichtssagenden Namen der Osteopsathyrosis idiopathica ersetzt wissen durch den besseren Namen Osteogenesis imperfecta, da es sich tatsächlich um dieselbe Krankheit handelt, nämlich um mangelhafte Ausbildung von Knochensubstanz infolge einer Funktionsunfähigkeit der Periost- und Osteoblastzellen.

Besprechung. Krause hat vor kurzem bei einem zweijährigen Mädchen der Hautklinik eine Skelettkrankheit beobachtet, welche er nach dem Ergebnis der Röntgenbilder zur Osteogenesis imperfecta gehörig ansieht. Auch hier bestanden multiple Frakturen und hochgradige Periostitiden, ähnlich wie Knochenlues.

Stursberg: **Zerebrospinale Erkrankung bei Lues congenita.** 16jähriges Mädchen, lernte mit 20 Monaten laufen, war jedoch immer „etwas steif“. Lernte schlecht, deswegen vorzeitige Schulentlassung. Vor zwei Jahren fiel Verschlechterung des Gehens auf, der Arzt stellte die Diagnose auf Littlesche Krankheit. Deswegen Sehnenoperation an beiden Unterschenkeln, ohne Erfolg. Kurz nachher plötzlich einsetzende linkseitige Lähmung, die nach $1^1/_2$ Stunden wieder verschwand. Nach $2^1/_2$ Monaten Wiederholung der Lähmung in gleicher Weise, dann längere Pause. Im September 1912 in acht Tagen viermaliges Auftreten der Lähmung. Seit kurzem auch Störungen der Harn- und Stuhlentleerung. Aufnahmebefund: Hutchinsonsche Zähne. Operationsnarben an beiden Unterschenkeln. Spastischer Gang. Steigerung der Sehnenreflexe. Babinski beiderseits. Pupille rechts weiter als links, rechts Lichtreaktion fehlend, Konvergenzreaktion schwach, links Reaktion regelrecht. Vielleicht beginnende Optikusatrophie. Empfindungsvermögen ohne Besonderheiten. Mäßige Demenz. Wa.R. im Blut stark positiv. Verlauf: 14. November Kopfschmerzen, einmal Erbrechen, Schmerzen im linken Unterarm. Leichte Temperatursteigerung. 15. November morgens vollständige linksseitige Hemiplegie mit Beteiligung von Zunge und Fazialis. Hypästhesie und Hypalgesie auf der ganzen linken Körperseite. Sensorium etwas getrübt. Danach täglich, anfangs häufiger, später seltener werdend, Anfälle von klonischen Zuckungen in der linken Körperseite. Am 29. November ist morgens die bis dahin ganz unverändert gebliebene Lähmung plötzlich wieder völlig verschwunden, der linke Arm wird mit guter Kraft bewegt, das Bein wie vor Eintritt der Lähmung. Seitdem Befund nicht mehr wesentlich geändert. Die Annahme einer Littleschen Krankheit, an die jedenfalls in erster Linie gedacht werden mußte, ließ sich mit Rücksicht auf den Pupillenbefund und die Anfälle nicht aufrecht erhalten. Letztere können wohl nur als paralytische gedeutet werden, da Lähmungen infolge von Gefäßerkrankungen nicht so plötzlich verschwinden könnten. Es kann sich aber nicht nur um eine infantile Paralyse handeln, sondern es ist anzunehmen, daß außerdem noch andere luetische Veränderungen im Gehirn oder Rückenmark bestehen.

(Niederrhein. Gesellschaft f. Natur. und Heilkunde, Bonn, 3. März 1913.)

III. Neue Bücher.

M. Fürst, **Jahrbuch der Schulgesundheitspflege 1914.** Jena, G. Fischer. Preis M. 3.

Das Büchlein ist dazu bestimmt, Ärzten und Lehrern in übersichtlicher Form einen Teil aller wichtigen und wissenswerten Materialien aus der Praxis und der Fachliteratur konzentriert vorzuführen. Dieser Aufgabe unterzieht sich der Herausgeber mit bestem Erfolg. Außer drei interessanten Originalarbeiten — „Welchem Zweck sollen regelmäßige Schulkindermessungen und -wägungen dienen?“, „Freiheit im Turnunterricht“, „Primitive und qualifizierte Schulhygiene“ — finden wir eine Fülle von Material zu Orientierungszwecken, Bücherbesprechungen, Aufzählung der Blindenanstalten, Waldschulen usw., Verzeichnis der Schulärzte und vieles andere. Auch der beigegebene „Schulhygienische Notizkalender“ wird allen willkommen sein. Grätzer.

Freideutsche Jugend ist ein stattliches, bei Diederichs in Jena erschienenes Buch (Preis M. 2) betitelt, die Festschrift zur Jahrhundertfeier auf dem Hohen Meißner, anläßlich des 1. Freideutschen Jugendtages herausgegeben. Wer sich über Jugendverbände, Wandervögel, Deutschen Bund abstinenter Studenten, Akademische Freischar, Bund deutscher Wanderer, Landerziehungsheime und manches andere orientieren will, findet hier alles, was er zu wissen wünscht, in anregender Form. Das Buch wird sicherlich zur Propagation der Sache viel beitragen. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

1. **Betke, H.,** Die Kouveusenbehandlung der Frühgeborenen und Lebensschwachen (Freiburg). — 2. **Christa, H.,** Fall von Tabes dorsalis infantilis (Erlangen). — 3. **Deaborn, W. F.,** Formen des Infantilismus mit Berücksichtigung ihrer klinischen Unterscheidung (München). — 4. **v. Falkowski, A.,** Eigenartige mesenchymale Hämatome in Leber und Milz neben multiplen eruptiven Angiomen der Haut bei einem Säugling (Heidelberg). — 5. **Ferbers, H.,** Beitrag zur Kasuistik des Hydrophthalmus congenitus und Megalophthalmus congenitus (Leipzig). — 6. **Fischer, W.,** Zur Kasuistik der Paedatrophie (Leipzig). — 7. **Frese, A.,** Akute Leukämie beim Kinde (Greifswald). — 8. **Fried, J.,** Das Becken bei spinaler Kinderlähmung (Würzburg). — 9. **Gerstacker, A.,** Die angeborene Meningozele unter besonderer Berücksichtigung ihrer geburtshilflichen Bedeutung und der Erfolge ihrer operativen Behandlung (Würzburg). — 10. **Hagner, O.,** Schwankungen im Eiweißinhalt und in der Leitfähigkeit beim Säuglingsblute (Freiburg). — 11. **Katzenberger, A.,** Puls und Blutdruck bei gesunden Kindern (München). — 12. **Kauffmann, F.,** Zur Kasuistik der kongenitalen Skoliose. Bericht über 3 neue Fälle von angeborener seitlicher Rückgratsverkrümmung (Greifswald). — 13. **Küffner, H.,** Klinische Beiträge zur Pathologie und Therapie des Pleuraempyems im Kindesalter (Erlangen). — 14. **Löwenberg, P.,** Zum Latenzstadium der Masern. Beobachtungen an 76 Fällen von Masern-Hausinfektionen an den Kinderspitälern zu Graz und München 1893—1912 (München). — 15. **Lütjohann, W.,** Tuberkulinkuren bei tuberkulösen und skrofulösen Augenerkrankungen (Kiel). — 16. **Mössmer, E.,** Beitrag zur Kenntnis der Nachkrankheiten des Scharlachs (Erlangen). — 17. **Morimoto, S.,** Fall von Melaena neonatorum infolge Volvulus des Dünndarms (München). — 18. **Nirrnheim, E.,** Über den Blutdruck im Kindesalter (Kiel). — 19. **Pollak, M.,** Kombination von Spina bifida, Kloakenmißbildung und Eventration an ein und derselben Frucht (München). — 20. **Riedel, E.,** Körperlänge von Münchener Schulkindern, dargelegt nach den Prinzipien der Kollektivmaßlehre (München). — 21. **Schertlin, E.,** Eine Mikrosporieepidemie in Württemberg (Tübingen). — **Schmiedeck, F.,** Fall von Hygroma colli congenitum ceptoides (Halle). — 23. **Schneider, O.,** Nachweis und Gehalt von gefäßverengenden Substanzen im Samen von Schwangeren, Kreißenden, Wöchnerinnen und vom Nabelschnurblute (Heidelberg). — 24. **Schweder, F.,** Zwei Fälle von Atresia ostii aortae congenita (Marburg). —



25. **Sohn, A.**, Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Unterlippenfisteln und ihrer Entstehung (Leipzig). — 26. **Tanaka, J.**, Doppelseitige Labyrinthnekrose nach Scharlach (München). — 27. **Weider, H.**, Zur Aetiologie und Symptomatologie der Epilepsie im Kindesalter (Kiel). — 28. **Wolff, M.**, Säuglingssterblichkeit der Tübinger Poliklinik 1911 und 1912 (Tübingen).

IV. Monats-Chronik.

Der Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege hält seine diesjährige Versammlung vom 2. bis 5. Juni in Stuttgart. Als Vorträge und Referate sind aufgestellt: 1. Heilerziehungsheime für psychopathische Kinder. (Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Ziehen-Wiesbaden.) 2. Die neue Schularztorganisation in Württemberg. (Obermedizinalrat Dr. v. Scheurlen-Stuttgart.) 3. Welche Anforderungen sind von hygienischer Seite an die Grundrißgestaltung des Schulhauses in Stadt und Land zu stellen und inwieweit bedürfen die gesetzlichen Bestimmungen einer Änderung? (Prof. Dr. Selter-Bonn und Stadtbauinspektor Uhlig-Dortmund.) 4. Soll der Anfangsunterricht mit Antiqua oder Fraktur beginnen? (Privatdozent Dr. Cords-Bonn und Rektor Otto Schmidt-Berlin.) 5. Die gesundheitliche und pädagogische Bedeutung der Schulstrafen. (Dr. Moses-Mannheim und Schulrat Dr. Mosapp-Stuttgart.) In Verbindung mit dieser Versammlung tagt die Vereinigung der Schulärzte Deutschlands am 5. Juni in Stuttgart unter dem Vorsitz des Herrn Geh. Medizinalrats Prof. Dr. Leubuscher-Meiningen, mit folgenden Referaten: 1. Der Schularzt an der Fortbildungsschule. (Dr. Gettkant-Schöneberg.) 2. Der schulärztliche Dienst in höheren Knaben- oder Mädchenschulen. (Dr. Helene Stelzner-Charlottenburg und Hofrat Dr. Doernberger-München.) Nähere Anfragen betr. der Versammlung sind an den Geschäftsführer Prof. Dr. Selter, Bonn, Hygienisches Institut zu richten.

Berlin. Dr. Kleinschmidt hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Nürnberg. Dr. Baudel ist zum Stadtschularzt im Hauptamt ernannt.

Bad Tölz. Das Prinz-Regent-Luitpold-Genesungsheim für arme rekonvaleszente, augenkranke Kinder ist am 12. d. M. dem Betriebe übergeben worden.

Graz. Prof. Dr. J. Langer erhielt Titel und Charakter eines o. Prof.

Prag. Prof. Ganghofer feierte am 20. März den 70. Geburtstag.

Stockholm. Doz. J. Jandell ist zum Prof. der Kinderheilkunde und Vorstand der Kinderklinik ernannt.

Gestorben. Dr. G. Joachimsthal, a. o. Prof. für Orthop. Chirurgie und Direktor der Orthopäd. Universitätsklinik in Berlin, 51 Jahre alt. Der leider so früh Verstorbene, bekanntlich einer unserer tüchtigsten Orthopäden, war seit vielen Jahren ein treuer Mitarbeiter an unserem Blatte. Wir werden sein Andenken stets in Ehren halten.

Aus Versehen ist das Referat über Deeks Arbeit (S. 136) in den Abschnitt „Aus deutschen Zeitschriften“ hineingeraten.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

19. Jahrgang. 1. Mai 1914. Nr. 5.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Brüning, Zur Geschichte der Karottensuppe als Säuglingsnahrung. (Ztschr. f. Kindhlk. 6. 1913 H. 4 S. 374.) Verf. fand beim Studium älterer pädiatrischer Schriften eine kurze Notiz über die Verwendung der Karottensuppe zur Säuglingsnahrung in Hufelands Journal der pädiatrischen Heilkunde, Berlin 1801 Band 13. „Man pflegt“, heißt es dort — Säuglingen, die keine Brust haben können, Möhren (gelbe Rüben) einzig zur Nahrung zu geben, klein gerieben, teils mit Wasser, teils auch manchmal in Milch gekocht. Vielleicht, schließt der Berichterstatter, können einzelne Mütter oder ganze Findelhäuser aus dieser Geschichte einigen Nutzen ziehen.

Schick (Wien).

Albert Niemann, Über den Stoffwechsel atrophischer Säuglinge. (Ztschr. f. Kindhlk. 6. 1913 H. 5 u. 6 S. 375.) Bericht über Untersuchungen, die im Respirationsapparat an 2 atrophischen Säuglingen vorgenommen wurden. Es ergibt sich, daß die CO_2-Ausscheidung auf die Oberflächeneinheit produziert übereinstimmt mit der beim normalen Säugling. Die Nahrung wurde von beiden Kindern schlecht ausgenützt. Schick (Wien).

C. T. Noeggerath, Elektrokardiogramme schwächlicher Säuglinge. (Ztschr. f. Kindhlk. 6. 1913 H. 5 u. 6 S. 396.) Den durch Heubner gemeinsam mit Nicolai und Funaro aufgestellten Durchschnittstypen des Säuglingselektrokardiogramms wurden die Saitendiagramme von Herzen frühgeborener, ernährungsgestörter und infektionskranker Säuglinge gegenübergestellt. Hierbei ergab sich zwar in manchen Fällen Übereinstimmung zwischen wohlgeformten Kurven und gut funktionierenden Herzen einerseits und zwischen „schlechten“ Elektrokardiogrammen und darniederliegender Herzarbeit andererseits. Diese Parallelität ist aber — ebenso wie dies von Erwachsenen allmählich bekannt geworden ist — bei anderen Kindern gestört, so daß man im Elektrokardiogramm ein zuverlässiges Maß der Herzfunktion auch der Säuglinge nicht erblicken kann. Noch weniger zeigt es sich geeignet, prognostisch die Ausdauer des Herzens anzugeben. Gemessen wurde diese — da sich dosierte Arbeit beim Säugling verbietet — als Widerstandsfähigkeit, und zwar an der Reaktion der beobachteten Herzen auf schwere Ernährungsstörungen und Infekte. Diese Unstimmigkeit wird besonders deutlich, wenn man im Verlauf langdauernder Erkrankung häufiger Saitenbilder aufnimmt. Untersucht man außerdem nicht nur in einer, sondern, was dringend

anzuraten ist, mindestens in zwei verschiedenen Ableitungen, so zeichnet auch das Säuglingsherz zwar in manchen Fällen mehr oder weniger identische, meist aber voneinander abweichende Elektrokardiogramme. Ihre klinische und namentlich prognostische Verwertung erscheint daher — nach den bisher vorliegenden Untersuchungen — hiernach noch weniger aussichtsvoll. Auch für die Diagnose der Perikarditis ist die Einthovensche Methode nicht zu verwerten. Für diese Inkongruenz sind die auch beim Erwachsenen geltenden Gründe heranzuziehen, d. h. die Unmöglichkeit im Einzelfalle abzuschätzen, welchen Einfluß äußere Ursachen (z. B. Herzlage) auf das Gegenspiel der vom Herzen entsandten Stromschleifen nehmen. Daneben spielt aber der Umstand noch eine komplizierende Rolle, daß die Herzschwäche derartiger Säuglinge, selbst wenn sie die Todesursache wird, an sich reparabel wäre. Diese Feststellung erklärt wesentlich die Sonderstellung des Säuglingsherzens. Das eigentliche Gebiet des Elektrokardiogrammes ist also auch beim Säugling die Aufdeckung und Analyse der Arhythmien. Bisher sind solche nicht als Ursache der Pulsverlangsamung schwer atrophischer Säuglinge gefunden worden, sondern diese sind die Folge einer echten allgemeinen Bradykardie. Schick (Wien).

Karl Bamberg, Zur Physiologie der Laktation mit besonderer Berücksichtigung der chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch milchreicher Frauen und des Einflusses der Menstruation. (Ztschr. f. Kindhlk. 6. 1913 H. 5 u. 6. S. 424.) Der Fettgehalt zeigt kaum in Betracht kommende Schwankungen. Die Steigerung der Milchmenge hat also keinen nennenswerten Einfluß auf das quantitative Verhalten des Fettes. Eine Beziehung zwischen der Größe des Stickstoffwertes und der produzierten Milchmenge läßt sich nicht feststellen. Der Aschegehalt sinkt nicht ab. Der Kalkgehalt zeigt ebenfalls keine Schwankungen. Ein Einfluß der Laktation auf Milchmenge und ihre chemische Zusammensetzung ließ sich nicht feststellen. Schick (Wien).

Karl Beck, Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit dem Rosenbachschen Tuberkulin. (Ztschr. f. Kindhlk. 6. 1913 H. 5 u. 6. S. 439.) Vor drei Jahren hat Rosenbach ein neues Tuberkulin angegeben, das hundertmal weniger toxisch als das Kochsche Alttuberkulin ist und durch biochemische Vorgänge beim Wachsen eines Trichophytonpilzes auf lebendigen Tuberkelbazillen und deren Nährböden entsteht. Durch die Einwirkung dieses Pilzes werden die labileren giftigen Molekularkomplexe der Tuberkelbazillenkultur stark vermindert, während die stabileren immunisierenden, Antitoxinbildung veranlassenden erhalten bleiben. Das Rosenbachsche Tuberkulin ist eine klare, bräunliche Flüssigkeit von eigenartigem Geruch. Es muß vor stärkerem Lichteinfluß, insbesondere vor direktem Sonnenlicht geschützt werden und kommt deshalb in Fläschchen aus braungelbem Glase in den Handel, und zwar in Mengen von 1, 2, 5 und 10 ccm. Es wird von der Aktiengesellschaft Kalle & Co. in Biebrich a. Rh. hergestellt. 1 ccm kostet zurzeit in den Apotheken 1,50 Mark bzw. 1,20 Mark.

Verf. verwendete das Rosenbachsche Tuberkulin seit einem Jahr in der Hoffnung, gerade bei Kindern günstige Erfolge zu erzielen, da Kinder eine weit größere Heilungstendenz der Tuberkulose gegenüber zeigen als die Erwachsenen. Er hat 30 Kinder behandelt im Alter von $^1/_2$ Jahr bis $14^1/_2$ Jahren. Abgesehen von dem Befallensein der Bronchialdrüsen, das beinahe in allen Fällen röntgenologisch nachzuweisen war, litten 10 Kinder an Lungentuberkulose, 1 an exsudativer Pleuritis, 3 an Bauchfelltuberkulose, 1 an Darmtuberkulose, 9 an Drüsentuberkulose, 5 an Knochenkaries, 4 an chronischer Mittelohreiterung, 2 an Weichteiltuberkulose, 5 an Hauttuberkulose, 7 von den Patienten zeigten eine multiple Erkrankung, indem Haut, Drüsen, Knochen und innere Organe befallen waren. Bei allen Kindern ist die Pirquetsche Kutanreaktion mit Kochschem Alttuberkulin positiv gewesen. Er hat am häufigsten durch allgemeine Einverleibung des Rosenbachschen Tuberkulins mittels subkutaner Injektionen auf die tuberkulösen Erkrankungen einzuwirken versucht. Dieselben machte er gewöhnlich in die Außen- oder Vorderseite des Oberarmes. Nur in einigen Fällen von chirurgischer Tuberkulose spritzte er das Tuberkulin direkt in die Umgebung der betreffenden Haut-, Weichteil- oder Knochenherde. Auf diese Weise entfaltet es zweifellos eine energischere Heilwirkung als durch allgemeine Behandlung, indem die Abstoßung der Krankheitsprodukte, die Resorption und Vernarbung rascher vor sich gehen. Bei tuberkulösen Abszessen saugte er zunächst den Eiter mittels einer Spritze aus und injizierte dann das Tuberkulin in das umliegende Gewebe, nicht in die Abszeßhöhle selbst. Tut man letzteres, so erhält man wohl eine starke örtliche Entzündung, aber das Tuberkulin wird sehr bald mit dem austretenden Exsudat fortgeschwemmt, kann also nicht zu genügender Wirkung kommen.

Bei der Behandlung der Injektionskur begann Verf. mit 0,1 ccm der unverdünnten Flüssigkeit. Nach der ersten Injektion wurde jeden 2. Tag 0,1 g mehr injiziert bis zur höchsten Dosis von 1 g. Diese Dosis wurde noch 1 Monat lang 2 mal wöchentlich gegeben, dann noch 1 Monat 1 mal wöchentlich, so daß in der Regel eine Kur etwa 3 Monate dauerte. Bei höherer Temperatursteigerung wurden größere Pausen gemacht. Allgemeinerscheinungen sind bei dieser Kur gering, die Temperatursteigerungen sind geringer, die Lokalreaktionen sind stärker. Die Erfolge, über die Verf. berichten kann, sind günstige. Die Kur läßt sich ambulatorisch durchführen. Schick (Wien).

Felix Pielsticker, Die Behandlung des Mastdarmvorfalls bei Kindern. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 111—116.) Es gibt eine Reihe von Behandlungsmethoden des Prolapses (im Jahre 1902 wurden 23 Methoden und Modifikationen gezählt). Am häufigsten werden wohl Heftpflasterverbände gelobt. Verf. bemüht sich darzulegen, daß der rasche Erfolg vieler einfacher Behandlungsmethoden (z. B. einmalige Strychnininjektion oder einmalige Reposition mit längerem Verweilen des Fingers) dafür spricht, daß die Ursache des Mastdarmprolapses in der neuropathischen Konstitution des erkrankten Kindes zu suchen ist. Der Pflasterverband ist nicht als mechanisches, sondern als psychisches Hindernis für den Durchtritt des Prolapses zu betrachten.

Schick.

S. Samelson, Über eine seltene Komplikation des Kindertyphus. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 117—121.) Schwerer, nicht erkannter und deshalb nicht behandelter Typhus, der durch Komplikation von Seite der Lunge zum Exitus führt. Wenige Tage vor dem Tode stellt sich eine weitere Komplikation in Gestalt einer Larynxstenose ein, die nach dem Ergebnisse der Sektion auf einer ulzerösen, möglicherweise typhösen Laryngitis beruhte. Pat. erhielt wegen Verdacht auf Krupp 5000 I.-E. Heilserum. Übersicht über die Fälle der Literatur. Schick.

Jesse R. Gerstley, Die Beziehungen der Diät zu Verlauf, Blutbefund und Nephritis beim Scharlach. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 121—128.) Die Untersuchungen ergaben in Übereinstimmung mit Pospischill und Weiß, daß Fleischkost bei Scharlach auf die Entstehung einer Nephritis keinen Einfluß hat. Die Fleischkost scheint einen günstigen Einfluß auf den Blutbefund, besonders auf die Zahl der roten Blutkörperchen zu nehmen. Viele Kinder reagieren auf die vermehrte Arbeitsleistung beim Herumgehen in der Rekonvaleszenz nach Scharlach mit einer Verschlechterung ihres Blutbefundes. Diese Kinder haben fast immer positive v. Pirquetsche Kutanreaktion. Schick.

N. Krasnogorski, Exsudative Diathese und Vagotonie. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 129—139.) Ausgehend von der Möglichkeit, daß gewisse Erscheinungen bei exsudativer Diathese vagotonischen Ursprungs sind, wurde Atropin therapeutisch versucht. Dabei ergab sich, daß Atropin, abgesehen von seinen bekannten pharmakodynamischen Eigenschaften, auch hemmend auf Exsudation wirkt. Es beschleunigt den Effekt der lokalen Salbenbehandlung des Ekzems, besonders des nässenden Ekzems. Das Gesetz der „refracta dosis" ist für Atropin bei Säuglingen nicht haltbar. Die Dosis von 0,0025 g Atropin. sulfur. pro die ruft beim Säugling noch keine reaktive Pupillenerweiterung und keine Veränderung der Herztätigkeit hervor. Verf. verwendete eine Lösung von Atrop. sulf. 1 : 1000 in Tropfen (2—50 Tropfen) pro die allmählich ansteigend. Die großen Dosen wurden mit gutem Erfolge gegen chronische Bronchitiden und Bronchopneumonie bei Kindern mit exsudativer Diathese verwendet. Beim Säugling besteht normalerweise ein hoher Grad von Vagotonie. Schick.

Artur v. Konschegg u. R. Lederer, Beiträge zur Klinik und Pathologie der Lungentuberkulose beim Säugling. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 140—149.) Die ersten 3 Fälle verliefen akut und waren bei der Aufnahme in gutem Ernährungszustande. Fiebersteigerungen in fortschreitender Abmagerung ließen an Tuberkulose denken, Pirquetsche Reaktion war bei 2 Fällen negativ. Die Ursache hierfür lag in der miliaren Aussaat. In allen 3 Fällen fehlten Miliartuberkel im Gehirn und an den Meningen. Der primäre Lungenherd war nachweisbar. In einem 4. Fall der Beobachtung, bei dem hochgradige Abmagerung bestand, dürfte diese auf Grund einer chronischen Ernährungsstörung entstanden sein. Hier fand sich pathologisch-anatomisch ebenfalls miliare Tuberkulose. Der 5. Fall ist des-

halb von Interesse, weil das Kind offenbar unmittelbar vor der Spitalaufnahme mit Tuberkulose infiziert wurde. Tuberkulinreaktion war anfangs negativ. Erst 3 Wochen später begann unter Fieber ein infiltrativer Prozeß in der Lunge. Tuberkulinreaktion wurde positiv.

Schick.

G. Wolff, Ein geheilter Fall von Tetanus neonatorum. (Aus der Kinderklinik in Greifswald.) (D. m. W. 1913 Nr. 37.) Schwerer Fall, ausgehend vom Nabel.

Noch am gleichen Tage, an dem das Kind gebracht war, wurden ihm 100 I.-E. in die Umgebung des Nabels subkutan gespritzt, am folgenden und nächstfolgenden Tag weiter je 100 I.-E., von denen jedesmal die Hälfte intramuskulär, die Hälfte subkutan appliziert wurde. Von einer intraduralen Einverleibung glaubte man absehen zu können, da nach den Erfahrungen der meisten Autoren davon ein besserer Erfolg als von der subkutanen nicht gesehen wurde. Im ganzen erhielt das Kind demnach 300 I.-E.

Die größte Schwierigkeit bildet bei der Tetanusinfektion des Neugeborenen die Durchführung einer kalorisch ausreichenden Ernährung. Um die Krämpfe zu beseitigen und die Fütterung mit der Schlundsonde zu ermöglichen, — wegen des Trismus konnte dem Kinde auch nicht mit dem Löffel Milch eingeflößt werden — mußte der Säugling dauernd in Narkose gehalten werden. Man gab anfangs 0,5 g Brom, das aber nur wenig nachhaltig wirkte, und dann jedesmal 0,5 g Chloralhydrat per Klisma. W. ist sich wohl bewußt, mit diesen Dosen, die auch von anderen gereicht wurden, die Maximalgaben weit überschritten zu haben. Berechnen wir die verabreichte Menge Chloral nach dem Gewicht des 2,7 kg schweren Säuglings für den normalen Erwachsenen von 60—65 kg, so würden wir auf eine einmalige Dosis von 20—25 mal 0,5 g Chloralhydrat = 10—12,5 g kommen. Daß man damit die Maximaldose von 3 g für den Erwachsenen erheblich überschritten hatte, war nicht zweifelhaft. Da aber anfangs nur in tiefster Narkose die Fütterung mit der Magensonde ohne Zurückgurgitieren der eingegossenen Milch vor sich ging, konnte man mit kleinen Chloralmengen bei den an Intensität während der Fütterung noch zunehmenden Krämpfen nicht auskommen. An einem Tage mußte man, um die Milch in den Magen einlaufen lassen zu können, mit jeder der drei Fütterungen 0,5 g Chloral geben. Da man bei diesen Dosen freilich an zwei aufeinanderfolgenden Tagen Zwischenfälle erlebte — das Kind wurde blau, dann blaß, atmete nicht mehr, bekam enge Pupillen und konnte nur mit größter Mühe durch lange fortgesetzte künstliche Atmung zum Leben zurückgebracht werden — versuchte man etwa nach einer Woche einen chloralfreien Tag einzuschalten. Am 23. Juni, am achten Tage nach der Aufnahme, bekam das Kind kein Chloral, nur 0,5 g Brom. Danach wurden die Krämpfe am folgenden Tage aber wieder so stark, daß man sich gezwungen sah, von neuem Chloral zu geben, da sich sonst die Sondenfütterung nicht durchführen ließ. Allmählich wurde dann mit dem Chloral heruntergegangen, auf 3 mal 0,25 g, 2 mal 0,25 g, 1 mal 0,25 g am Tage. Vom 3. Juli an, dem 18. Tage seit der Aufnahme, hat das Kind nicht mehr als 1 mal täglich 0,25 g Chloral bekommen. Seit dem 12. Juli hat man überhaupt kein Narcoticum mehr gegeben, weder Chloral noch Brom. An diesem Tage wurde das Kind auch zum letztenmal mit der Sonde gefüttert; von da an nahm es die abgedrückte Muttermilch aus der Flasche ohne jede Störung und wurde 14 Tage später wieder an die Brust der Mutter gelegt.

Anfangs hatte das Kind, als man es mit großen Chloraldosen beruhigte, starke Untertemperaturen, bis auf 35° C. Den Pharmakologen ist diese Erscheinung vom Chloral bekannt. Später, als man mit dem Narcoticum sparsamer umging, gelegentlich ganz ohne Chloral auszukommen suchte, zeigte das Kind stark hyperpyretische Temperaturen. So stieg die Temperatur am 1. Juli in wenigen Stunden von 37,5° auf 41,4°! Ähnliche perakute Temperatursteigerungen, die den meisten Beobachtern aufgefallen sind, traten noch öfter ein. Wir dürfen wohl annehmen, daß die vermehrte Muskelarbeit während der tetanischen Krämpfe für die Erklärung dieser ungeheuren Temperaturschwankungen verantwortlich zu machen ist. Tatsächlich hat das Kind jedesmal vor dem akuten Anstieg die heftigsten Krämpfe gehabt, weil man aus begreiflichen Gründen verschiedent-

lich versuchte, ohne Narcotica auszukommen. Der temperaturherabsetzende Einfluß des Chlorals, das man nachträglich gab, ist denn auch nach wenigen Stunden hervorgetreten.

Verf. geht zum Schluß mit ein paar Worten auf den Ernährungsmodus ein. Das Kind hat nur Muttermilch, die man von der eigenen Mutter durch Abpumpen bzw. von der Amme erhielt, bekommen. Da man die zeitraubenden und für das Kind wegen der Gefahr der Aspiration nicht gleichgültigen Sondenfütterungen auf eine Mindestzahl beschränken wollte, wurde nach dem Vorgehen anderer nur dreimal am Tage gefüttert und mit jeder Mahlzeit 100 ccm Milch, also relativ große Mengen, eingegossen. Davon blieb natürlich ein kleiner Teil jedesmal in dem Schlauch zurück, ein anderer Teil wurde öfter kurz nach Beendigung der Fütterung und Herausnahme des krampfhaft zwischen den Kiefern festgehaltenen Schlauches erbrochen. Selbst aber wenn das Kind die ganzen 300 ccm Frauenmilch resorbiert hätte, wäre es unter Zugrundelegung des Camerer-Heubnerschen Energiequotienten, des Verhältnisses von Nahrungsenergie zum Körpergewicht, zu kurz gekommen. Bei Berechnung des kalorischen Effektes der Frauenmilch nach Rubners Standardzahlen hat das Kind mit 300 ccm Frauenmilch nicht mehr als 200—210 Kalorien zugeführt bekommen, pro kg seines Gewichts also nicht mehr als 70—75 Kalorien. Dieser Energiequotient ist für den schnell wachsenden Säuglingsorganismus aber viel zu niedrig; er hätte mindestens 100—110 Kalorien betragen müssen, wenn das Kind von der zugeführten Energiemenge einen genügend großen Teil zum Körperansatz hätte verwenden können. Diese theoretische Berechnung wurde durch die Gewichtskurve des Kindes genau bestätigt. Solange es nur 300 ccm Muttermilch mit der Sonde bekam, hat es sein Körpergewicht nicht im Gleichgewicht halten können, hat es abgenommen. Man sah sich deshalb genötigt, noch eine Sondenmahlzeit mehr einzuschalten, da man mehr als 100 ccm dem Magen des jungen Säuglings, in einer Mahlzeit auf dem immerhin nicht ganz normalen Wege der Sondenfütterung gereicht, nicht zumuten wollte. Das Kind bekam bei 400 ccm Muttermilch, vorausgesetzt, daß alles davon im Magen blieb, pro kg seines Gewichtes annähernd 100 Kalorien, wie es für den gesunden Säugling im ersten Lebensvierteljahr gefordert wird. Aus der Gewichtskurve ist ersichtlich, daß seit dieser Zeit mit geringen Unterbrechungen ein deutlicher Gewichtansatz erzielt, also ein Teil der Energiezufuhr zum Stoffansatz verwendet wurde. Abgenommen hat der Säugling bei dieser Nahrungszufuhr nur an den Tagen, an denen seine Temperatur abnorme Höhen erreichte. Wir werden das wohl auf die gesteigerten Oxydationsvorgänge während der Temperaturerhöhung zurückführen können, sehen wir doch nach jeder parenteralen Infektion, einer gewöhnlichen Grippe, den Säugling mit einer starken Gewichtsverminderung reagieren.

Das Kind ist heute, sieben Wochen nach der Infektion, vollkommen gesund, hat seit 14 Tagen völlig normale Temperaturen, die nur wenig um 37° schwanken, bekommt seit drei Wochen keine Beruhigungsmittel mehr, trinkt spontan seit dieser Zeit aus der Flasche die abgedrückte Muttermilch und seit einer Woche aus der Brust, ohne eine Andeutung der tetanischen Erscheinungen noch zu zeigen.

Es ist demnach geheilt. Welchem Moment der günstige Erfolg zuzuschreiben ist, ob der sehr bald nach der Infektion eingeleiteten antitoxischen Behandlung oder der fortgesetzten Verabreichung großer Chloraldosen, die es ermöglichten, das Kind vor der Erschöpfung der tetanischen Krämpfe zu schützen und eine kalorisch ausreichende Sondenfütterung durchzuführen, oder dem Fehlen einer komplizierenden Mischinfektion, wagt Verf. nicht zu entscheiden. Grätzer.

H. Bischoff (Berlin), Bekämpfung der Dauerausscheidung von Bazillen mittels Yatren (Tryen). (D. m. W. 1913 Nr. 38.) Die Wirkung des Präparates bei Kranken konnte mangels anderer Bazillenträger nur bei Diphtheriekranken erprobt werden. In einer Tabelle sind die vom Oktober 1912 bis Anfang April 1913 auf der Infektionsstation des Garnisonlazaretts II behandelten Diphtheriekranken zusammengestellt. Im ersten Vierteljahre wurden die Leute mit hochwertigem Diphtherieantitoxin intramuskulär behandelt und daneben auf den lokalen Krankheitsherd durch Gurgelungen mit essigsaurer Tonerde, Pinselungen mit 10%iger Protargollösung, bei erheblicher Zerklüftung und Nischenbildung der Mandeln außerdem durch tägliche Ausspritzungen der Krypten und Nischen mit Wasserstoffsuperoxyd, einige Male auch durch Anwendung von Bolus alba einzuwirken gesucht. Vom 31. Dezember 1912 an wurden neben der Antitoxininjektion Einblasungen von Yatren täglich einmal vorgenommen, außerdem erhielten die Leute Gurgelwässer, und bei Einjährig-freiwilligem Rf., dessen Mandeln besonders zerklüftet waren, wurden die Nischen von der dritten Behandlungswoche an außerdem mit Wasserstoffsuperoxyd ausgespritzt. Bei gleichzeitiger Beteiligung des Nasenrachenraumes wurde auch die Mündung des Pulverbläsers um das Zäpfchen herumgeführt und der Nasenrachenraum mit versorgt.

Von keinem der Patienten wurde über eine belästigende Reizwirkung oder unangenehmen Geschmack, wie dies besonders bei der Pyozyanasebehandlung störend wirkt, geklagt. Bei frischer Entzündung wurde bei den ersten Einblasungen leichtes Brennen angegeben, das wenig belästigte und bald schwand. Übereinstimmend wurde von denen, die zuvor anders örtlich behandelt waren, angegeben, daß das Aufblasen des Yatrens weniger unangenehm sei als Pinselungen mit Protargollösung oder Ausspritzen mit Wasserstoffsuperoxyd. Mit Pyozyanase waren in jener Zeit die Leute nicht behandelt worden, da sich bei früheren Versuchen mit diesem Mittel eine recht erhebliche Belästigung infolge des unangenehmen Geschmackes geltend gemacht hatte.

Unter den Behandelten waren Leute mit sehr ausgedehnten Membranen auf Zäpfchen, Mandeln und Gaumenbögen und mit sehr hochgradigen ödematösen Schwellungen am Halse. Stets hatte Verf. den Eindruck, daß sich bei Behandlung mit Yatren die Membranen schneller abstießen, als wenn die Leute lediglich mit Diphtherieantitoxin behandelt wurden, von dem stets 3000 A.E. intramuskulär verabfolgt wurden, sobald die Kultur Vorliegen von Diphtherie ergab, oder die klinische Diagnose durch ein Ausstrichpräparat erhärtet wurde.

Mit dem Belage schwanden auch bei der Yatrenbehandlung die Bazillen nicht gleichzeitig. Aus der Tabelle geht hervor, daß auch

bei dieser Behandlung die Zeit, bis zu der Bazillen bakteriologisch nicht mehr nachzuweisen waren, sehr verschieden ist. In einzelnen Fällen war bereits wenige Tage nach Einsetzen der Behandlung der Bazillennachweis negativ, in anderen dagegen konnten trotz täglichen Aufblasens von Yatren die Bazillen über eine Woche lang durch die Kultur festgestellt werden, in einem Falle über drei, in einem anderen gar fünf Wochen lang. In letzteren beiden Fällen handelte es sich um schwere Infektionen, bei denen die Entzündungserscheinungen weit ausgedehnt und die Mandeln sehr zerklüftet waren. Unter diesen ungünstigen Verhältnissen hat die Yatrenbehandlung eine schnelle Befreiung von den Diphtheriebazillen nicht gebracht, immerhin ist auch hier die Behandlungsdauer nicht als besonders lang zu bezeichnen. Bei der schwersten beobachteten Infektion, die verhältnismäßig spät in Behandlung kam, da der Mann auf Urlaub erkrankte, und bei der auch später Gaumensegellähmung und Akkommodationsstörung auftrat, war am 10. Tage nach der Lazarettaufnahme der Bazillennachweis noch positiv, am 14. Tage konnten Bazillen nicht mehr festgestellt werden.

Bei den ersten 8 Fällen der Tabelle, von denen 1—5 in alter Weise, 6—8 erst nach längerer Zeit mit Yatren behandelt wurden, wurde niemals ein so schnelles Schwinden der Bazillen beobachtet, wie das in der Yatrenperiode die Regel war.

Für die Wirksamkeit des Yatrens sprechen auch die Beobachtungen bei den Fällen 6 bis 8, die vor Einsetzen der Yatrenbehandlung bereits längere Zeit (zwei bis drei Wochen) neben der Antitoxininjektion örtlich behandelt wurden, ohne daß bis dahin eine deutliche Abnahme der Bazillen zu erzielen war. Bei allen dreien war nach Vornahme der Yatreneinblasungen bereits am sechsten Tage der Bazillenbefund negativ.

Nach diesen Beobachtungen ist der Yatrenbehandlung gegenüber den bisher üblichen örtlichen Behandlungsmethoden eine Überlegenheit zuzuerkennen. Die günstige Wirkung dürfte darauf zurückzuführen sein. daß das Yatren einmal trotz seiner desinfizierenden Eigenschaft das Gewebe in seiner Lebensfähigkeit nicht schädigt, somit die natürliche Reaktion des Körpers nicht ungünstig beeinflußt. Ja, es mag dahingestellt sein, ob nicht gar durch das Mittel eine Tonisierung des Gewebes stattfindet. Andererseits findet bei der Yatrenbehandlung eine Dauerwirkung statt, was bei der Anwendung von Pinselungen mit desinfizierenden Lösungen nicht der Fall ist. Diese Mittel werden entweder schnell neutralisiert oder hinweggespült, während das in Pulverform eingeblasene Yatren nur langsam in Lösung geht oder heruntergeschluckt wird. Wenn am Tage nach dem Einblasen des Pulvers die Krypten der Mandeln mit Wasserstoffsuperoxyd ausgespritzt werden, so werden aus ihnen mit dem sich bildenden Schaume noch Reste von Yatren herausbefördert, so daß eine einmalige Aufblasung noch nach 24 Stunden in ihrer Wirkung nicht erschöpft ist.

Grätzer.

W. Fischer, Der Mäusefavus beim Menschen. (Aus dem dermatologischen Institut von Prof. Blaschko in Berlin.) (B. kl. W. 1913 Nr. 49.) Verf. berichtet über mehrere Fälle, darunter 2 bei Kindern.

I. Die Beobachtung liegt etwa 12 Jahre zurück und betraf einen 10 jährigen Knaben. An dessen rechter Wange direkt unter dem rechten Augenwinkel hatte sich im Verlaufe von 8 Tagen — länger soll die Affektion sicher nicht bestanden haben — aus einem kleinen roten Fleck ein etwa fünfpfennigstückgroßer, infiltrierter Kreis gebildet; seine Oberfläche bestand aus einem einzigen großen, im Zentrum trichterförmig eingezogenen, schwefelgelben Skutulum. Die Züchtung sporen- und myzelhaltiger Bröckel ergab eine weißliche, flaumige Kultur, die keinerlei Ähnlichkeit mit den Kulturen der Menschenfavus hatte, sie wurde aber damals nicht weiter studiert. Nach Entfernung der Borke trat unter Pinselung mit Jodtinktur rasche Heilung ein. Der Kleine kam durch die Profession des Vaters, welcher in einem Keller ein Darm- und Fellgeschäft betrieb, zweifellos oft in Berührung mit Mäusen.

II. Im Januar 1912 trat eine 30 jährige Frau mit ihrem 5 jährigen Sohne in Behandlung, welche seit 3 Wochen an ihrem Kinde das Auftreten roter, schuppender Stellen, dessen Juckreiz das Kind sehr belästigt, beobachtet hatte. Da seit etwa 8 Tagen das gleiche Leiden auch auf sie übergegangen war, fürchtete sie eine Ansteckung mit Krätze. Das Kind zeigte an beiden Händen und Unterarmen im ganzen fünf bis markstückgroße, etwas infiltrierte, bläulichrote, schuppende Stellen von scharfer Begrenzung, die etwa den Eindruck eines subakuten Ekzems machten, nur die kleienförmige Schuppung ließ den Verdacht an eine Dermatomykose aufkommen. Derselbe wurde durch den Pilznachweis (Fäden und septierte Myzelien) bestätigt. Ferner fand sich eine gleiche, fast zweimarkstückgroße Effloreszenz auf dem behaarten Kopf in der rechten Schläfengegend, auch hier waren die Schuppen pilzhaltig, die Haare selbst aber in zahlreich untersuchten Exemplaren frei. Die Mutter hatte nur eine in ihren klinischen Symptomen vollkommen übereinstimmende Stelle am rechten Handgelenk. Skutulabildung fehlte bei beiden.

In diesen beiden Fällen ließ sich die Infektionsquelle mit Sicherheit eruieren. Das Kind spielte häufig mit einer jungen Katze. Als dieselbe in die Klinik gebracht wurde, zeigte sie am Kopf, in der Ohrgegend, sowie an mehreren Stellen des Bauches eine lokalisierte Borkenbildung, durch welche die Haare zusammengeklebt waren; unter den großen Borken saßen auf der Haut kleine graugelbliche Skutula, die ebenso wie die ersteren reichlich Sporen und Myzelien enthielten.

Grätzer.

Grundmann, Erfahrungen über den Gallenährboden bei der bakteriologischen Diphtheriediagnose. (Aus der Infektionsabteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin.) (Ebenda.) Verf. faßt das Urteil über die Galleplatte dahin zusammen, daß die Galleplatte die Diphtheriediagnose nicht fördert, weil sie weniger positive Diphtherieresultate als die Löfflerplatte liefert und zur Entwickelung von Mutationsformen der Diphtheriebazillen Anlaß gibt, und daß die altbewährte Löfflerplatte das beste Diphtheriebazillenkulturverfahren noch heute ist. Grätzer.

H. Cramer (Zehlendorf-Berlin), Keuchhustenbehandlung mit Droserin. (Ebenda.) In den Handel kommt das Droserin jetzt in

Form trockener Tabletten und als flüssige Einreibung in Öl aufgeschwemmt und neuerdings in Form eines Droserinsirups, dem etwas Bromnatrium neben alkoholfreiem, wässerigem Baldrianextrakt zugesetzt ist. Die Tabletten sind in Stärke I und II verpackt. Die Stärke II soll den wirksamen Bestandteil in konzentrierterer Form enthalten und daher bei schwereren Fällen kräftiger wirken. Die Einreibung soll zwei- bis dreimal täglich auf der Haut von Brust und Rücken geschehen.

Nach diesen Vorschriften hat Verf. in 12 Fällen von schwererem und leichterem Keuchhusten teils schon während des noch nicht krampfhaften Anfangsstadiums der Krankheit, teils erst während dieses, das Mittel verordnet, und zwar ohne jede weitere Medizinverabfolgung, und dabei die überraschende Beobachtung gemacht, daß wir es mit einem augenscheinlich wirksamen Mittel zu tun haben, das außerdem den großen Vorzug vor den (richtig angewendeten) auch brauchbaren Narcotica hat, daß es nicht wie jene besondere Vorsicht bei der Abmessung der Gaben erfordert. Verf. gab durchschnittlich 2—3 stündlich eine Tablette, je nach dem Alter der Kinder und der Häufigkeit der Anfälle. Die Patienten befanden sich im Alter von 1 bis 12 Jahren, und auch ein Erwachsener war unter ihnen. Alle ertrugen die Tabletten (und die Hauteinreibung) ausgezeichnet und nahmen das Mittel ohne das geringste Widerstreben. Der erst neuerdings dargestellte Droserinsirup wird besonders zu verwenden sein bei Fällen, die erst nach Eintreten der krampfartigen Hustenanfälle in Behandlung kommen, oder bei denen das Krampfstadium besonders stark ausgeprägt ist. Seine Zusammensetzung erscheint durchaus zweckentsprechend, da neben der anscheinend spezifischen Wirkung des Droserins die antispasmische des Baldrianauszuges, verstärkt durch die in gleicher Richtung wirkende geringe Menge Bromnatrium, verwendet wird.

Verf. steht nach seinen zwar noch nicht sehr zahlreichen, aber sehr kennzeichnenden Beobachtungen unter dem Eindruck, daß wir im Droserin ein besonders nützliches und hilfreiches, dabei völlig unschädliches Mittel gegen Keuchhusten (möglichenfalls auch gegen andere durch Bakterien verursachte ähnliche Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen) haben, und kann sich daher den von anderen Seiten erfolgten Empfehlungen des Mittels nur warm anschließen.

Grätzer.

A. Meyer (Berlin), Die Tamponade des Nasenrachenraums. (B. kl. W. 1913 Nr. 51.) Verf. hat das Escatsche Verfahren in 3 Fällen erprobt. Aber während Escat die Tamponade nicht über 6 bis höchstens 12 Stunden liegen läßt, kann man sie nach Verf.s Erfahrungen ruhig 24, in gefährlichen Fällen 48 Stunden am Platze lassen. Das Prinzip ist, vom Munde her einen großen, den Epipharynx ausfüllenden Tampon in ihn einzuführen und gegen die blutende Region anzudrücken. Dafür, daß er liegen bleibt und dauernd einen Druck auf das Rachendach ausübt, sorgt die nach oben wirkende elastische und Muskelkraft des Velum palatinum.

Hört nach einer Adenotomie die Blutung nicht nach wenigen Minuten unter dem üblichen Gurgeln mit kaltem Wasser auf, so kann ein Versuch mit horizontaler Lagerung unternommen werden. Ist

dieser vergeblich (länger als 5 Minuten sollte man nicht abwarten), so soll man sich durch Inspektion oder Palpation vergewissern, ob nicht etwa Stücke der Rachenmandel hängen geblieben sind, oder man kratzt, wenn man Verdacht darauf hat, ohne weitere Untersuchung das Rachendach noch einmal aus. Hört jetzt die Blutung nicht auf, so soll man ohne weiteren Zeit- und Blutverlust zur Tamponade schreiten. Aus Gaze wickelt man sich einen walzenförmigen, festen Tampon. Er soll je nach Lebensalter und Größe 3—4 cm lang und 2—3 cm dick sein. Diesen Tampon faßt man mit einer stumpfwinklig über die Fläche gebogenen Kornzange an seinen beiden Enden, so daß er wagerecht liegt. Mit dem Zeigefinger der linken Hand zieht man nun das Velum nach vorn; zugleich führt man den Tampon mit der Zange hinter dem Zeigefinger in die Höhe. Liegt er im Nasenrachen, dann schiebt man ihn mit dem bereits eingeführten Finger nach oben und vorn gegen das Rachendach. Ist die Größe richtig, so liegt der Gazeball demselben fest an. Ist er zu klein, so bleibt er beweglich, ist er zu groß, so passiert er den Isthmus palatinus nicht; in beiden Fällen formt man ihn neu. Es ist nicht nötig, den Tampon durch einen umgeschlungenen Faden zu sichern, denn ein Herabfallen ist nicht zu befürchten. Auch die Entfernung nach 24 Stunden gelingt leicht, indem man dieselbe Zange in den Nasenrachen einführt und den Gazeball an einem noch so kleinen Stück packt und herabzieht. Es ist nicht zu befürchten, daß man statt seiner Gewebe faßt, doch kann man zur Sicherheit den Finger einführen.

In den beiden Fällen, in denen der Tampon 24 bzw. 48 Stunden lag, verursachte er keine großen Beschwerden. Ebensowenig kam es zu Komplikationen von seiten des Ohres. Beide Male stand die Blutung sofort, obgleich bei dem einen Patienten zweifellos Hämophilie vorlag. Aber nicht weniger bestätigt der dritte, ungünstig verlaufene Fall durch das Ergebnis der Autopsie die Zuverlässigkeit der Methode.

Fall 3. 4jähriger Knabe mit ausgesprochen adenoidem Habitus. Offener Mund. Protrahierte Mittelohreiterung mit stark herabgesetztem Hörvermögen. Große adenoide Vegetationen. Die Mutter gibt an, der Knabe habe öfters starke Blutungen nach Verletzungen gehabt, weiß nichts von hereditärer Belastung. Da der Knabe durch seine Wucherungen ersichtlich in der Entwicklung zurückgeblieben war, und da auch Hämophilie durchaus nicht mit Sicherheit angenommen werden konnte, entschloß Verf. sich nach Beratung mit einigen Kollegen der Poliklinik und nach Aufklärung der Mutter über die Gefahr, zur Operation. Der Patient bekam 3 Tage lang Chlorcalcium und wurde früh um 9 Uhr zur Operation bestellt, um während der nächsten 5 Stunden in dauernder Beobachtung zu bleiben. Operation am 16. VI. 1911 mit Schütz-Passow. Blutung gering. Bei häufiger Kontrolle erwies sich der Pharynx blutfrei. Nach einer Stunde verließ die Mutter, entgegen ausdrücklicher Weisung, die Poliklinik — um $1^1/_2$ Stunden später mit dem blutüberströmten, schon schwer anämischen Kinde wiederzukommen. Im Pharynx lief Blut herab und hingen einige lange, feste, weißliche Gerinnsel, wie sie nach Kalktherapie beobachtet werden, in die Pars oralis herab. Das ungewöhnlich ungeberdige Kind wurde von den Gerinnseln befreit und, wie oben beschrieben, tamponiert. Der Tampon saß gut, gleichwohl sickerte noch spärliches Blut an der hinteren Rachenwand herab. Diphtherieheilserum wurde injiziert, Morphium und Analeptica angewendet. Abends stand die Blutung, trotzdem starb das Kind gegen Morgen.

Die Autopsie ergab als Todesursache Verblutung. Nase und Nasenrachen wurden vom Schädel aus in einem Stück herausgenommen. Es zeigte sich, daß

der Tampon den Epipharynx ganz ausfüllte und fest der glatten Wunde in ihrer ganzen Ausdehnung anlag. Die Tamponade an sich war also tadellos; und trotz der Hämophilie wäre sie wohl imstande gewesen, das Kind zu retten, wenn es unter Aufsicht geblieben wäre, wie es sollte. Die Frage, ob man in einem Falle wie dem obigen operieren soll oder nicht, gehört zu den schwersten und verantwortungsvollsten, vor die der Arzt gestellt werden kann. Grätzer.

Klunker, Über die Verwendbarkeit der Conradi-Trochschen Tellurplatte zum Diphtherienachweis. (Aus dem hygienischen Institut der Universität Jena.) (M. m. W. 1913 Nr. 19.) Verf. kommt zu dem Schluß, daß das neue Verfahren wohl nicht hinter der alten Löfflermethode zurücksteht, wenn man seine besonderen Eigentümlichkeiten kennt, aber auch keine wesentliche Verbesserung bedeutet. Vor allem hat Verf. die Meinung der Autoren, daß die Tellurplatte eine grobsinnliche Feststellung der Diphtheriekolonien in jedem Fall ermögliche, nicht bestätigt gefunden. Dies trifft nur dann zu, wenn sich die Diphtheriekolonien tiefschwarz gefärbt haben und keine Staphylokokken gewachsen sind. Derartige Stämme sind, selbst wenn die Neisserfärbung keinen sicheren Aufschluß geben sollte, doch als echte Diphtherie anzusprechen, da zahlreiche Pseudodiphtheriestämme niemals Schwarzfärbung ergeben haben. In allen diesen Fällen hat also die Tellurplatte vor dem Tierversuch den Vorzug der Schnelligkeit hinsichtlich des sicheren Nachweises voraus. Bei den nicht seltenen grauschwarz wachsenden Diphtheriekolonien ist man jedoch bei zweifelhafter Neisserfärbung immer auf den Tierversuch angewiesen. Die vom Verf. mehrmals vorgenommenen Modifikationen des Nährbodens, wie z. B. Änderung der Zusatzmenge von Kal. tellurosum usw., brachten ebenfalls kein besseres Ergebnis. Die direkte Übertragung des Abstriches auf die Tellurplatte, wie sie Wagner vornahm, bedeutet wohl eine Vereinfachung des Verfahrens, jedoch — nach Verf.s Untersuchungen (87 Fälle) — keine Erhöhung der positiven Befunde.

Der Wert des Conradi-Trochschen Nährbodens liegt weniger in seiner praktischen Verwendbarkeit für den Diphtherienachweis, als vielmehr darin, daß man möglicherweise mit seiner Hilfe über manche biochemischen Eigenschaften nicht bloß der Diphtheriebazillen, sondern auch anderer Bakterien näheren Aufschluß gewinnen kann.

Grätzer.

H. Conradi, Über ein neues Prinzip der elektiven Züchtung und seine Anwendung bei Diphtherie. (Aus der Kgl. Zentralstelle für Gesundheitspflege in Dresden.) (M. m. W. 1913 Nr. 20.) Der Nachweis von Diphtheriebazillen in Rachen- oder Nasensekret wird häufig durch überwuchernde Saprophyten, insbesondere Staphylokokken und Heubazillen erschwert. Weder die Löffler- noch auch die Tellurplatte halten diese Schädlinge zurück. Auf der Löfflerplatte findet wenigstens eine gewisse Begünstigung der Diphtheriekeime gegenüber den Saprophyten statt, und nur dieser Umstand veranlaßte Verf. im vergangenen Jahre, Kombinationen von Löffler- und Tellurplatte zu empfehlen. Inzwischen aber ist Verf. vorwärts gekommen. Es hat sich nämlich gezeigt, daß ein einfaches Ausschütteln der Diphtherietupfer mittels Petroläther oder Pentans die störenden Saprophyten der Mund- und Nasenhöhle nahezu ausschaltet.

An der Grundfläche des Petroläthers nämlich sammeln sich, gewissermaßen in hängender Schicht, die Diphtheriebazillen an, während im Wasser störende Begleitbakterien zurückbleiben. Mit Hilfe eines Ölstabes, den nur Petroläther, nicht aber Wasser benetzt, werden dann die Diphtheriekeime der Petrolätherschicht auf eine Tellurplatte übertragen und in der gewöhnlichen Weise weitergezüchtet. So ist Verf. zu einem Züchtungsverfahren der Diphtheriebazillen gelangt, dessen elektive Wirkung weder von der Löffler- noch der Tellurplatte erreicht wird. Der kulturelle Nachweis von Diphtheriebazillen gestaltet sich jetzt folgendermaßen.

Sterilisierte, je 10 ccm physiologische Kochsalzlösung enthaltende Röhrchen werden bei 37° C im Wasserbad gehalten. In jedes Röhrchen gibt man einen infizierten Diphtherietupfer, beläßt ihn hier eine Viertelstunde und schüttelt ihn alsdann sorgfältigst in der erwärmten Kochsalzlösung aus. Hierauf werden ca. 2 ccm Petroläther (oder noch besser Pentan)[1]) hinzugefügt und die mit sterilen Gummistopfen versehenen Röhrchen kräftig durchgeschüttelt, dann wartet man etwa 5 Minuten bis zur Entmischung von Wasser und Petroläther. Nun taucht man in die Petrolätherschicht einen auf folgende Weise hergestellten Ölstab. Dünne Holzstäbchen werden am unteren Ende mit entfetteter Watte kleinfingerdick etwa 3 cm hoch in Form einer Halbkugel umwickelt. Um die Watte wird eine kleine runde Scheibe Filtrierpapier gelegt. Watte und Filtrierpapier werden noch durch dünnen Draht am Stab befestigt. Die fertigen Stäbe hält man sterilisiert vorrätig. Vor jedesmaligem Gebrauch wird das untere Ende des Ölstabes in sterilisiertes Olivenöl eingetaucht. Ist das überschüssige Öl abgelaufen, so wird der Ölstab, wie bereits erwähnt, in die Petrolätherschicht des Röhrchens hinabgelassen. Alsdann wird der Petroläther von der saugfähigen Watte vollständig aufgesogen, während außen am geölten und daher bakteriendichten Filtrierpapier die Keime der Petrolätherschicht adhärieren. Hingegen gleiten Wassertropfen, sowie die im wäßrigen Medium befindlichen Bakterien vom Ölpapier restlos ab. Selbst bei einem unvorsichtigen Eindringen des Ölstabes in die Wasserschicht bleiben demnach die hier verteilten Keime nicht an ihm haften. Der Ölstab stellt also gewissermaßen eine Bakterienfalle für die Keime der Petrolätherschicht dar. Nach vollzogener Keimaufnahme wird schließlich der Ölstab unter beständigem Drehen auf einer Tellurplatte ausgestrichen und letztere in der üblichen Weise weiterverarbeitet. Meistens führt diese Züchtung zu folgendem Ergebnis. Entweder wachsen Diphtheriebazillen, die Diagnose ist positiv, oder aber die Tellurplatte bleibt nahezu steril. Auf Grund der bisherigen Befunde darf erwartet werden, daß die geschilderte Methode der elektiven Züchtung nicht nur bei Diphtherie, Tuberkulose, Lepra und Milzbrand, sondern auch bei allen Infektionskrankheiten, deren Erreger an Kohlenwasserstoffen adhärieren, Eingang finden wird. Grätzer.

---

[1]) Pentan für Photometrie (C. A. F. Kahlbaum, Berlin SO.), Petroläther vom spezifischen Gewicht 0,640—0,650.

Thiemich (Leipzig), Die Amenorrhoe der Stillenden und ihr Einfluß auf die Neukonzeption. (M. Kl. 1913 Nr. 50.) Zweifellos festgestellt sind zwei Tatsachen: Erstens, daß mehr als die Hälfte aller stillenden Frauen während der normalen Dauer der Laktation, das heißt etwa sechs bis neun Monate lang, amenorrhoisch bleibt, und zweitens, daß von diesen nicht menstruierten Frauen nur bei wenigen während des Ausbleibens der Menses eine Neukonzeption erfolgt.

Verf.s Beobachtungen sind freilich sämtlich an stillenden Müttern angestellt, sie erstrecken sich aber bei allen mehrgebärenden auch auf das Verhalten nach den früheren Kindern, die zum großen Teil aus den verschiedensten Gründen nicht gestillt worden waren. Indem Verf. bei allen rund 1200 Laktierenden außer der jedesmaligen Laktationsdauer auch die genauen Daten aller vorangegangenen Entbindungen (einschließlich der Fehlgeburten) notierte und dadurch imstande war, die Konzeptionstermine ausreichend genau zu ermitteln, konnte Verf. sich überzeugen, daß die Mehrzahl so lange amenorrhoisch blieb und (trotz vorhandener Gelegenheit) nicht wieder konzipierte, als die Leistung der Brustdrüse auf der Höhe war, das heißt als das Kind ausschließlich an der Brust trank. Oft einige Wochen nach dem Beginne der Beikost, öfter erst wochen- oder monatelang später, trat bei diesen Frauen die Menstruation und bei vielen dann bald auch die Neukonzeption ein. Umgekehrt blieben bei keiner Frau, wenn sie aus irgendeinem Grunde nicht oder nur eine bis zwei Wochen stillte, die Menses länger als vier bis sechs Wochen nach dem Partus aus.

Für die Mehrzahl der Frauen bedingt also die im Gefolge der Laktation auftretende Amenorrhoe einen nicht absoluten, aber sehr beträchtlichen relativen Schutz gegen neue Gravidität in einer Zeit, in der dieselbe einen unnatürlichen und unhygienischen Raub darstellt sowohl an der Gesundheit der Mutter, die dadurch der Gefahr des vorzeitigen Aufbrauchs ausgesetzt wird, als am Gedeihen des Kindes, welchem vorzeitig die natürliche Nahrung und häufig auch das für die Weiterentwickelung notwendige Mindestmaß von mütterlicher Pflege und Erziehung entzogen wird.

Sehr geburtenreiche Familien mit 10 bis 12 Kindern oder mehr hat Verf. nur in wirklich proletarischen Verhältnissen gefunden, und zwar ausnahmslos vereinigt 1. mit künstlicher Ernährung von Geburt an oder nach den ersten 1 bis 2 Wochen und 2. mit übergroßer, meist 50% weit übersteigender Sterblichkeit im ersten Lebensjahre. Durch die Stillprämien wurden viele von diesen ärmsten Frauen veranlaßt, das jüngstgeborene Kind an der Brust zu ernähren und mit ihm die kinderärztlichen Beratungsstunden aufzusuchen, und Verf. konnte sich dann oft genug überzeugen, wie auffallend elend — wenigstens unter der proletarischen Lebens- und Ernährungsweise — diese überaus fruchtbaren Frauen waren, und wie dürftig entwickelt und mangelhaft gedeihend die Kinder, die am Ende so großer Geschwisterreihen geboren waren.

Eine vernünftige und maßvolle Beschränkung der Geburtenhäufigkeit ist also, abgesehen von allen sozialen Gesichtspunkten, eine hygienische Notwendigkeit und die natürliche Reglung ergibt sich für

die Mehrzahl aller Frauen durch die Amenorrhoe, welche die Folge ausreichend lange fortgeführter Laktation ist.

Wer zielbewußt Stillpropaganda treibt, und das sollte in seinem Wirkungskreise jeder Arzt tun, der sollte nicht unterlassen, auf die soeben betonten Zusammenhänge bei passenden Gelegenheiten hinzuweisen. Grätzer.

Ch. Rowe, Die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum und Normalserum. (Aus der II. inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses Charlottenburg-Westend.) (Ebenda.) Wie aus den Kurven und beigefügten Bemerkungen ersichtlich ist, besteht ein merkbarer qualitativer Unterschied in der Wirkung des Rekonvaleszentenserums und des Normalserums nicht.

Bei beiden ist zunächst die in den allernächsten Stunden auftretende Beeinflussung des Fiebers und der mit dem Fieber verknüpften Störung des Allgemeinbefindens eine konstante und auffallende Erscheinung. Die Kurve kann eine kurze Zeit nach der Injektion noch etwas ansteigen oder hält sich ungefähr auf derselben Höhe, um dann in wenigen Stunden beträchtlich, meist bis zur Norm zu sinken. Die niedrigste Temperatur pflegt 8 bis 12 Stunden nach der Injektion erreicht zu werden. Die Pulskurve fällt mit der Temperaturkurve parallel. Im Anschluß an die Injektion, oft schon nach einer Stunde, stellt sich gewöhnlich Schlaf ein, auch am Tage. Der Schlaf pflegt so fest zu sein, daß selbst die Störungen, die im täglichen Betriebe eines Krankenhauses unvermeidlich sind, den schlafenden „Rekonvaleszenten" nicht wecken. In den günstigen Fällen bleibt dann am nächsten Tage die Temperatur normal oder überschreitet wenigstens nicht mehr 38° (rektal gemessen!), um dann dauernd unten zu bleiben. Das Exanthem pflegt 24 Stunden nach der Injektion bis auf geringe Spuren verschwunden zu sein, nach weiteren 24 Stunden ist gewöhnlich nichts mehr davon zu sehen. Recht anschaulich führen den Einfluß der Seruminjektion die mit Normalserum behandelten Fälle B und C vor Augen, bei denen, da es sich um Hausinfektionen handelte, schon vor der Scharlacherkrankung eine Temperaturkurve angelegt war. Man sieht hier deutlich, wie das Scharlachfieber unter dem Einflusse der „kupierenden" Seruminjektionen 24 Stunden nicht überdauert.

Die Doehleschen Leukozyteneinschlüsse verschwanden in den drei berichteten Fällen im Anschluß an den Temperaturabfall, analog der Beobachtung von Brinckmann. In ungefähr gleicher Weise verhält sich gewöhnlich der Urobilinogengehalt des Urins. Die Himbeerfarbe der Zunge pflegt sich dagegen in den meisten Fällen einige Tage länger zu erhalten. Ebenso klingt auch die Halsentzündung erst nach einigen Tagen ab. Die Schuppung blieb in einzelnen Fällen ganz aus; für gewöhnlich ist sie jedoch, wenn sie auch bei mit Serum günstig behandelten Patienten nicht so stark zu sein pflegt, immerhin deutlich und typisch.

Bei Anwendung mittlerer Serumdosen treten im allgemeinen schädliche Nebenwirkungen nicht auf. Nur im Anschluß an hohe Dosen (70 bis 100 ccm) wurde einigemal unter vorübergehendem Temperaturanstieg einen Schüttelfrost beobachtet, an den sich dann unmittelbar

der kritische Temperaturabfall anschloß. Verf. ist von diesen hohen Dosen bald zurückgekommen und injiziert jetzt gewöhnlich 40 bis 65 ccm Serum mit demselben Erfolg, ohne unangenehme Zwischenfälle zu beobachten. Verf. hat sich aber veranlaßt gesehen, nicht in allen Fällen eine einzige Injektion genügen zu lassen, sondern hat in solchen Fällen, bei denen am nächsten Morgen die Temperatur Neigung zu erneutem Anstiege zeigte, eine Menge von 20 bis 40 ccm Serum nachinjiziert und auf diese Weise dann einen erneuten und häufig definitiven Temperaturabfall erzeugt. Grätzer.

Moog, Beitrag zur Serumtherapie des Scharlachs. (Aus d. Städt. Krankenhause in Frankfurt a. M.) (Ther. Mh. 1914 Nr. 1.) 25 Fälle, mit intravenöser Infusion von Normalserum (80 bis 100 ccm bei Kindern, 100 bis 180 ccm bei Erwachsenen) behandelt. Abgesehen von einem selten auftretenden Schüttelfrost, sofort oder $^1/_2$ Stunde nach der Infusion, nie unangenehme Nebenwirkungen. Größter Erfolg bei recht frühzeitiger Injektion; nach dem 3. Tage Erfolge zweifelhaft.

Wie beim Rekonvaleszentenserum, so ist auch beim Normalserum das Auffallendste die günstige Beeinflussung der Temperatur, die nach 2—4 Stunden kritisch abzufallen beginnt und nach 11—16 Stunden ihren tiefsten Punkt erreicht. Gleichzeitig sinkt Puls- und Respirationszahl. Das Verharren von Temperatur, Puls und Respiration in normalen Grenzen widerlegt die Auffassung einer reinen antipyretischen Beeinflussung, ebenso fehlen alle Symptome, die die Annahme eines Kollapses rechtfertigen könnten. Neben diesem Verlauf ändert sich auch das nur dem Beobachter am Krankenbett zugängliche Zustandsbild ganz wesentlich. Die Zyanose schwindet, der Puls wird voller und kräftiger, das Sensorium wird frei. Die Patienten werden munter und lebhaft, und das vorher starke Krankheitsgefühl hat einem relativen Wohlbefinden Platz gemacht. Das Exanthem blaßt schneller ab, um meistens schon am 2. bis 3. Tage nach der Infusion völlig zu verschwinden, wenn die Injektion in den ersten beiden Tagen erfolgt, während im allgemeinen nach Heubner am 4. oder 5. Tag der Ausschlag am stärksten sein und nach Filatow in den schwereren Fällen erst am 7. bis 9. Tag schwinden soll.

Diese Schilderung bezeichnet den Idealverlauf einer therapeutischen Serumwirkung. Unter den 25 Fällen verfügt Verf. über 7 mit diesem kritischen Verlauf, wo gewissermaßen innerhalb 12 Stunden der Scharlach beseitigt ist. Unter dieser Zahl befinden sich mit 2 Ausnahmen nur mittelschwere bis schwere Fälle, bei denen man über den endgültigen Ausgang zweifelhaft sein konnte, wenn man überhaupt dem immerhin subjektiven Urteil des Arztes bei der Prognosestellung des Scharlachs eine Berechtigung einräumen will. Sehr schwerkranke Patienten mit Scarlatina gravissima waren bei dieser Epidemie mit einer Ausnahme nicht vorhanden, so daß Verf. über die Beeinflussung dieser schwersten Form des Scharlachs durch Normalserum ein Urteil nicht zusteht.

In 13 weiteren Fällen war die günstige Beeinflussung weniger in die Augen springend, wenn man nur die Temperaturkurve in Betracht zieht, während jedoch eine deutliche Besserung des Allgemein-

befindens ganz offenkundig war. Auf die Injektion hin sank Puls, Respiration und Temperatur in den nächsten 12—16 Stunden bis zur Norm oder in zwei Fällen bis zu 38 bzw. 38,3° (rektal), aber am nächsten Tage erfolgte ein erneuter Fieberanstieg, der jedoch die Anfangshöhe meist nicht wieder erreichte. Nach einigen Tagen vollzog sich dann in lytischer Form die Entfieberung. Grätzer.

Leo Langstein, Erfolgreiche Vakzinationsbehandlung eines schweren Falles durch Bacterium lactis aerogenes bedingter Pyelitis. (Aus dem Kaiserin Auguste Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche.) (Ebenda.) Eine durch das Bacterium lactis aerogenes hervorgerufene Pyelitis mit schweren Erscheinungen bei einem im Säuglingsalter stehenden Knaben, die jeder medikamentösen Therapie mit den sonst außerordentlich wirksamen Mitteln wie auch der Durchspülung des Organismus mit Wasser getrotzt hatte, wird durch Behandlung mit Autovakzine prompt beeinflußt. Und zwar genügen 3 Injektionen im Verlauf von 4 Wochen mit 10 Millionen, 20 Millionen, 40 Millionen Keimen, um sowohl den klinischen Befund als auch die pathologische Beschaffenheit des Urins zum Schwinden zu bringen. Der hier mitgeteilte Erfolg ist für Verf. die Veranlassung, von nun an bei allen schweren Pyelitiden, die trotz wochenlanger Behandlung mit Medikamenten keine Besserung zeigen, die Vakzinationstherapie mit Autovakzine durchzuführen.

So kann Verf. nach seinen Erfahrungen über die Erfolge der Vakzination bei Pyelozystitiden vollständig Böhme beipflichten, der in seiner Zusammenfassung zu dem Schlusse kommt, daß auch bei langdauernder Behandlung unbeeinflußbaren Fälle sehr gute Erfolge gegenüberstehen, die unter Umständen in sehr hartnäckigen, jeder Therapie widerstrebenden Fällen erzielt werden. Grätzer.

H. Trembur (Osnabrück), Simulation im Kindesalter. (Ärztl. Sachverst. Ztg. 1914 Nr. 3.)

Das 1901 geborene Schulmädchen hatte im Juli 1912 sich eine Verbrennung des rechten Oberarmes im obersten Drittel der Innenfläche zugezogen. Im November 1912 wurde von der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft eine Erwerbseinbuße von 15 Proz. anerkannt, weil die Narbe noch weich und gerötet war und an einer kleinen Stelle sezernierte. Im November 1913 erfolgte Nachuntersuchung.

Das Kind wurde von der Mutter vorgeführt und ließ zunächst keinen Blick von dieser. Es hielt den rechten Arm im Ellenbogen rechtwinklig gebeugt fest am Rumpf, auch als es sich entkleiden sollte. Nachdem die Mutter das Ausziehen besorgt hatte, bei dem das Kind sich überhaupt nicht rührte, behielt es dieselbe gezwungene Armhaltung bei und setzte allen Bewegungsversuchen am rechten Arm auch im völlig intakten Ellenbogen- und Handgelenk kräftigen Widerstand entgegen.

Die Narbe am Oberarm war fest, blaß, frei verschieblich und ohne Stränge nach der Achselhöhle hin, so daß ein Grund für eine erhebliche Funktionsstörung fehlte, zumal die Muskulatur des verletzten Armes kein Mindermaß aufwies. Verf. beendete scheinbar die Untersuchung und unterhielt sich mit den beiden. Je mehr des Kindes Aufmerksamkeit abgelenkt wurde, um so sichtbarer wurde der Mutter Verdruß, der hell aufloderte, als Verf. mit Äpfeln Ball zu spielen begann, und das Kind geschickt und ohne jede Beschränkung der Armbeweglichkeit die zugeworfenen Früchte auffing. Das Ankleiden überließ die Mutter dann dem Kind, ohne auch nur den Versuch der Unterstützung zu machen.

Der Lehrer des Kindes teilte auf Anfrage mit, daß ihm eine jetzt noch vorhandene Schwäche des Armes nicht aufgefallen sei, und daß das Kind mit der rechten Hand schreibe.

Zum Glück sind gewissenlose Mütter dieser Art nicht häufig. In einer Zeit, in welcher wir dazu neigen, Simulation als recht selten anzunehmen, ist die Kenntnisnahme des Falles vielleicht von Interesse, wenn auch die Entlarvung leicht war. Grätzer.

v. Bergmann, Zur Kasuistik von Zysten in den langen Röhrenknochen. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 124. H. 1—4. S. 1.) Bericht über einen 5 jährigen Knaben, der sich im September 1908 eine Torsionsfraktur des rechten Oberschenkels durch gehinderte Umdrehung zugezogen hatte, die mit leichter Längsverschiebung unter Apposition der Fragmente verheilte. Ein im Januar 1909 aufgenommenes Röntgenbild zeigt eine deutliche zystische Erweiterung in jedem Bruchende. Im April 1910 Bruch an der gleichen Stelle wie das erstemal; die Konsolidation erfolgte bald aber mit auffallend wenig Kallusbildung. Die im Laufe der folgenden Jahre aufgenommenen Röntgenbilder zeigen an der Frakturstelle zahlreiche Knochenzysten; die Wände der Zysten verschwinden allmählich, und die Kortikalis nimmt an Stärke zu. — Bei dem Zustandekommen von Zysten in den langen Röhrenknochen spielt das Trauma zweifellos eine nicht unbeträchtliche Rolle. Peltesohn (Berlin).

A. Kock u. T. Oerum, Die Darminvagination im Kindesalter durch ca. 400 dänische Fälle beleuchtet. (Aus der Universitätskinderklinik in Kopenhagen.) (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1912 Bd. 25 H. 2.) Da die primäre Operation ebenso gute Resultate wie die unblutige Behandlung gibt, muß sie im allgemeinen derselben vorzuziehen sein, da sie gleichzeitig die Sicherheit in die Hand gibt, daß die Behandlung gelungen ist, d. h. geschützt gegen Scheinreduktion, inkomplette Desinvagination und dergl.; je früher die primäre Operation ausgeführt werden kann, desto besser; nach dem zweiten Tage wird es zulässig, vielleicht sogar zu empfehlen sein, erst Wassereingießungen und Taxis zu versuchen und darauf eventuell zu sekundärer Laparotomie überzugehen, die ein glückliches Resultat bei mehr als der Hälfte der Kinder, die man bei der unblutigen Behandlung aufgegeben hat, geben wird. K. Boas (Straßburg i. Els.).

Raecke, Psychiatrisches zur Lehre von Ursache und Behandlung kindlicher Kriminalität. (Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte und Fürsorgeerziehung 5. 1913 Nr. 18.) Verf. berücksichtigte das Material der Kieler psychiatrischen Klinik, und zwar 70 kriminelle Kinder bis zu 16 Jahren. Sexuelle Delikte spielen eine ganz verschwindend kleine Rolle. Hauptsächlich kamen in Betracht Eigentumsvergehen, zumal Diebstahl, dann Körperverletzung bis zu wirklichen Mordversuchen und Brandstiftung. Nur bei 8 dieser 70 Kinder ließ sich eine echte Psychose feststellen (2 mal Manie, 6 mal Jugendirresein). In 67 % der Fälle lagen Eigentumsvergehen vor, und diese kamen vor allem auf die Rechnung der Schwachsinnigen. In 31 % ließ sich überhaupt keine ausgesprochene krankhafte Störung nachweisen, doch schien hier in etwas über der Hälfte der Fälle eine gewisse geistige Minderwertigkeit vorhanden zu sein. In 66 % der Fälle bestand erbliche Belastung, in 22 % war der Vater

ein schwerer Säufer. Überhaupt bildet gerade die Trunksucht der Eltern eine Hauptwurzel kindlicher Kriminalität. In 13% wurde ausdrücklich über Vorstrafen und verbrecherische Neigungen der Eltern berichtet. Der Einfluß des Milieus war für das Zustandekommen der kindlichen Kriminalität anscheinend verhängnisvoller als die angeborene Veranlagung; in 39% der kriminellen Kinder hatte die häusliche Erziehung in auffallender Weise versagt. In der Entwicklung des Umhertreibens und Schulschwänzens hat man die ersten Anzeichen kindlicher Kriminalität zu erblicken. Versetzung in eine andere Umgebung kann auch bei angeborenen ethischen Defekten (moral insanity) bisweilen Wunder wirken. K. Mendel.

Werner Leo, Die Heine-Medinsche Krankheit in ihren Beziehungen zur Chirurgie. (Sommers Klinik für psychische u. nervöse Krankheiten 8. 1913 H. 1 u. 2.) Ausführliche Besprechung der Geschichte, pathologischen Anatomie, Klinik und chirurgisch-orthopädischen Therapie der spinalen Kinderlähmung unter Berücksichtigung der Literatur sowie zahlreicher eigener Fälle.
K. Mendel.

Einhorn, Dehnung des Pylorus ohne Operation. (Boas Arch. 18. 1912 S. 460.) Verf. gibt ein neues Instrument an, um bei gutartigen Stenosen den Pylorus unblutig zu dehnen. Dieser Dilatator ist mit einem doppeltkanalisierten Schlauch und 2 Bällen versehen, die einzeln aufgebläht werden können. Sobald das Instrument sich im Duodenum befindet, wird der Endballen aufgeblasen und bis an den Pylorus gezogen, dann läßt man ihn wieder einen halben Zoll zurückgehen. Darauf wird der zweite längliche Ballen, der nunmehr gerade im Pylorus liegt, aufgebläht und eine Minute lang in diesem Zustand belassen. Verf. teilt im Anschluß an die Beschreibung 2 Fälle mit, die auf diese Weise mit ermutigendem Erfolge behandelt werden.
Nothmann.

Oloff, Ein Fall von persistierender Akkommodationslähmung nach Diphtherie. (Klin. Mtsbl. f. Augenhlk. Mai-Heft 1912.) Unter der großen Zahl von Nachkrankheiten, die im Gefolge der Diphtherie auftreten, ist die Akkommodationslähmung nicht nur wegen ihres relativ häufigen Vorkommens, sondern auch dadurch bekannt, daß sie eine ausgesprochene Neigung zur vollkommenen Ausheilung besitzt. Sie gilt daher als die harmloseste Erscheinung im Verlaufe dieser trotz Serumtherapie doch immerhin noch sehr gefürchteten Infektionskrankheit. Denn trägt auch die moderne Behandlung Rechnung: Man verzichtet heutzutage meist auf jede Anwendung des konstanten Stromes, der früher einen breiten Raum in der Behandlung einnahm, und beschränkt sich lediglich darauf, die Augen zu schonen und den allgemeinen Kräftezustand durch zweckmäßige Ernährung und, falls erforderlich, durch roborierende Arzneien zu beleben. Eventuell verordnet man zum Nahesehen eine passende Konvexbrille.

In spätestens 6 Monaten, meistens jedoch schon erheblich früher, pflegt die Lähmung vollkommen beseitigt zu sein; eine längere Andauer gehört jedenfalls zu den allergrößten Seltenheiten.

In den wenigen Fällen, wo hier und da auch späterhin noch Beschwerden leichteren Grades bei der Naharbeit geäußert wurden, stellte sich bei genauer objektiver Prüfung die Akkommodationsbreite als normal heraus. Als Folgeerscheinung der durch die Diphtherie entstandenen Körperschwächung bestand eben nur eine Art von nervöser Asthenopie, wie man sie häufig auch als Begleiterscheinungen anderer eschöpfender Infektions- usw. Krankheiten, die nichts mit einer Akkommodationslähmung zu tun haben, beobachten kann.

Länger als $^1/_2$ Jahr haben bisher nach der dem Verfasser zugänglich gewordenen Literatur nur 3 Fälle gedauert.

Verf. beschreibt nun einen weiteren reinen Fall von isolierter persistierender Akkommodationslähmung.

Um in der Ätiologie ganz sicher zu gehen, wurde der Schwerpunkt der vorgenommenen genaueren Untersuchung und Beobachtung des Patienten darauf gelegt, nach anderen Ursachen zu suchen, die vielleicht noch an Stelle der Diphtherie in Frage kommen könnten.

Syphilis lag nicht vor; denn das Ergebnis der mehrmaligen Blutuntersuchung nach Wassermann war stets ein negatives. Ebensowenig boten die sonstige körperliche Untersuchung und die Anamnese irgendwelche Anhaltspunkte hierfür dar. Pflegt doch überdies die syphilitische Akkommodationslähmung, abgesehen davon, daß sie öfters einseitig als doppelseitig ist, fast durchweg mit Pupillarstörungen einherzugehen, während es sich hier um das Bild einer reinen doppelseitigen Akkommodationslähmung ohne Beteiligung des Sphincter iridio handelte.

Von anderen ursächlichen Momenten, die ebenfalls des öfteren eine mehr oder weniger ausgesprochene Ophthalmoplegia interna hervorrufen, konnten Tumoren, Encephalitis, Hydrocephalus internus, Tabes, multiple Sklerose, Diabetes, Nierenleiden, Autointoxikationen bzw. Ptomainvergiftungen mit Fleisch-, Wurst- und Käsegift von vornherein mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Dagegen lag der Gedanke an eine andere Infektionskrankheit, die Influenza, sehr nahe, von der man neuerdings festgestellt hat, daß sie gleichfalls Akkommodationslähmung im Gefolge haben kann, und zwar gerade auch in der reinen Form ohne Pupillarstörungen. — Doch sprach die Anamnese und der Verlauf der voraufgegangenen Mandelentzündung dagegen.

Uhthoff und Groenouw bezeichnen im Graefe-Saemischschen Handbuche der Augenkrankheiten „das Vorangehen einer leichteren oder schwereren Halsentzündung, deren diphtherischer Charakter sich nachträglich nicht immer sicher nachweisen läßt, ferner das Bestehen einer beiderseitigen Akkommodationslähmung mit erhaltener Pupillarreaktion" als entscheidend für die Diagnose der postdiphtherischen Akkommodationslähmung.

Danach dürfte der vom Verf. beobachtete Fall als ein Schulbeispiel dieser Art aufzufassen sein. Sommers (Zittau).



B. Aus ausländischen Zeitschriften.

M. Karasawa (Tokio), Über anämische Dermographie im Kindesalter. (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik Wien.) (W. m. W. 1913 Nr. 44.) Am interessantesten sind die Ergebnisse der Untersuchung bei Säuglingen, bei welchen das Phänomen bisher überhaupt nicht untersucht worden ist. Verf. fand, daß bei 53 Säuglingen bis zum Alter zu 2 Jahren anämische Dermographie nicht vorkommt. Dieses Verhalten wird auch dann nicht durchbrochen, wenn solche Kinder an Masern oder Scharlach erkranken. Bei 12 masernkranken Kindern im Alter bis zu 2 Jahren und bei einem 14 Monate alten, an Scharlach erkrankten Säugling fehlte das Phänomen der anämischen Dermographie.

Größere Kinder, über 2 Jahre alt, zeigten nur 4 mal unter 82 Fällen anämische Dermographie, ohne daß ein bestimmter Zusammenhang mit einer Erkrankung zu konstatieren war. Diese Zahlen entsprechen den Befunden von Blaschko. Unter 40 an Diphtherie erkrankten Kindern war 4 mal dieses Phänomen nachweisbar.

Unter 12 Masernkindern im Alter von $2^1/_4$ bis 10 Jahren konnte 10 mal die anämische Hautreaktion (2 mal hyperämisches Phänomen) ausgelöst werden. Es war noch am 15. Krankheitstage vorhanden.

Bei 109 an Scharlach erkrankten Kindern, die in der 1.—5. Woche untersucht wurden, ergab sich bezüglich des anämischen Hautphänomens folgendes Resultat:

Anämische Dermographie im Verlaufe des Scharlachs:

Krankheitstage	Gesamtzahl	Positive Reaktion	Prozent	Negative Reaktion	Prozent
1— 7 Tage	23	19	83	4	17
6—14 ,,	57	43	75	14	25
15—21 ,,	68	45	66	23	34
22—28 ,,	68	38	56	30	44
29—35 ,,	58	25	43	33	57
über 5 Wochen	30	8	27	22	73

Wenn man von der Gesamtzahl die von Anfang an negativ gewesenen Fälle auszieht, so ergibt sich folgendes Resultat:

Krankheitstage	Gesamtzahl	Positive Reaktion	Prozent	Negative Reaktion	Prozent
1— 7 Tage	19	19	100	0	0
8—14 ,,	45	43	95	2	5
15—21 ,,	56	45	80	11	20
22—28 ,,	56	38	68	18	32
29—35 ,,	46	25	54	21	46
über 5 Wochen	18	8	44	10	56

Auf der Höhe der Erkrankung ist das anämische Phänomen also fast immer nachweisbar. Von der 3. Woche ab nimmt die Häufigkeit des Phänomens sichtlich ab.

Verf. hat auch die Geschwindigkeit bestimmt, mit welcher das Phänomen in Erscheinung tritt.

Krankheitstage	Untersuchte	Durchschnittliche Zeit bis zum Auftreten der Reaktion
1— 7 Tage	7	13.3 Sekunden
8—14 ,,	14	20.4 ,,
15—21 ,,	13	25.2 ,,
22—24 ,,	10	27.2 ,,

Es ergibt sich, daß das Phänomen in der ersten Woche am raschesten eintritt, in den weiteren Wochen eine deutliche Verzögerung des Beginnes nachweisbar ist. Die Schwere des Scharlachs hat auf den Ausfall der Reaktion keinen Einfluß.

Von 12 Fällen, die während ihrer ganzen Scharlacherkrankung bei Prüfung des Hautphänomens keine anämischen Reaktionen ergaben, zeigten 4 gar keine Veränderung an der Stelle des Streichens, während 8 Fälle stets hyperämische Reaktion ergaben.

Bei den Fällen mit Nephritis war das Symptom bis in die 5. Woche hinein auslösbar. (Unter 10 Fällen 9 mal.)

Bei Erwachsenen konnte Verf. keine ausgedehnten Untersuchungen vornehmen. Unter 28 an Lues erkrankten Männern zeigten dieses Phänomen 11. Da der Vergleich mit gesunden Erwachsenen fehlt, läßt sich dieses Ergebnis vorläufig nicht verwerten. Grätzer.

Adolf F. Hecht, Das Morgagni-Adams-Stokesschen Syndrom im Kindesalter und seine Behandlung. (Aus der k. k. Universitätskinderklinik in Wien.) (W. m. W. 1914 Nr. 5.) Auf Grund der Theorie sowie eines beobachteten Falles ergeben sich für die Behandlung der M.-A.-S.schen Anfälle folgende therapeutische Richtlinien:

1. Kommen die M.-A.-S.schen Anfälle dadurch zustande, daß eine partielle Überleitungsstörung gelegentlich zu kompletter Dissoziation ausartet, dann kann man den Versuch machen, durch Atropin die Überleitung zu bessern. Es ist aber denkbar, daß auch in diesen Fällen die Herabsetzung der Vorhofsfrequenz durch Physostigmin günstiger wirkt, wenngleich die Reizleitung selbst durch Atropin gefördert, durch Physostigmin aber gehemmt wird. Atropin ist eben ein zweischneidiges Schwert; denn es bringt mit der Besserung der Überleitung auch eine stärkere Inanspruchnahme des Reizleitungssystems durch die Tachykardie, die es verursacht, mit sich.

2. Ist aber, wie in dem beobachteten Falle, die Kombination eines kompletten Blocks mit einer extrasystolischen Arhythmie die Ursache der M.-A.-S.schen Anfälle, dann wird von vornherein die gegen die Extrasystolen gerichtete Physostigmintherapie mehr Vertrauen verdienen, und dabei kann sich noch infolge Verlangsamung der Vorhofsschlagfolge unverhofft die Überleitung wieder herstellen.

Grätzer.

E. Wodak, Hat Schnuller etwas mit Glossitis exfoliativa zu tun? (Aus dem Ambulatorium d. Vereins „Kinderambulatorium und Krankenkrippe Prag.) (Prag. m. W. 1914 Nr. 5.) Von 118 Kindern

hatten 8 Glossitis exfoliativa. 91 hatten stets oder wenigstens zeitweise Schnuller, die übrigen 27 hatten nie Schnuller gehabt. Unter den 91 Schnullerkindern fand sich nun die Zungenveränderung 7 mal, dagegen in einem Falle bei den anderen, also in dem einen Falle, wo nie ein Schnuller benutzt worden war.

Daraus geht also hervor, daß die Behauptung: Nur Schnuller rufe Glossitis exfoliativa hervor, nicht richtig sein kann.

Grätzer.

Wilhelm Lutz, Zur Lehre der allgemeinen Wassersucht des Neugeborenen. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut Basel.) (Schweiz. Korr.-Bl. 1914 Nr. 11.) Wir müssen annehmen, daß beim Ödem der Neugeborenen nach unsern jetzigen Kenntnissen zwei Hauptgruppen zu unterscheiden sind:

1. ödematöse Neonati mit schweren Blutalterationen, die Verf. am liebsten der Leukämie zurechnen möchte;

2. ödematöse Neonati ohne schwerere Blutalterationen.

Ob diese zwei Hauptgruppen eventuell durch verschiedene Noxen bedingt sind, oder ob die Reaktionsfähigkeit des Fötus auf die hypothetische einheitliche Noxe in dem Sinne differieren kann, daß beim einen das Blutbild schwer alteriert ist, während es beim anderen kaum Veränderungen aufweist, ist momentan kaum zu entscheiden. Es sind natürlich beide Arten wohl möglich.

Die Befunde von Ödem der Neugeborenen, die momentan ein mehr kasuistisches Interesse haben, sind für manche Fragen der allgemeinen Pathologie von außerordentlich großer Bedeutung. Es wäre deshalb sehr zu begrüßen, wenn solche Fälle von den behandelnden Ärzten den pathologischen Instituten in möglichst frischem Zustand zugeschickt würden. Grätzer.

A. Broca (Paris), Trépanation palliative pour tumeur cérébrale. (Arch. de méd. des enfants 15. 1912 Nr. 8.) Verf. berichtet über zwei palliativ trepanierte Fälle von Hirntumor im Kindesalter.

Im ersten Fall handelte es sich um ein echtes Neoplasma, wahrscheinlich Gliom oder Gliosarkom. 23 Lumbalpunktionen brachten keine Besserung. Die Stauungspapille nahm im Gegenteil immer zu. Wegen der heftigen Kopfschmerzen und des unstillbaren Erbrechens, das das Kind an den Rand der Kachexie brachte, wurde die Palliativtrepanation mit eklatantem Erfolge ausgeführt. Kopfschmerzen und Erbrechen sistierten mit einem Schlage. Nach 2 Monaten nahmen die Beschwerden allmählich wieder zu, bis wieder der alte Zustand eintrat. Eine zweite Palliativtrepanation wurde gemacht, konnte freilich das Kind nicht vor dem Exitus bewahren.

Fall II betraf ein Kind mit einem Tuberkel der Mesozephalon. Im Februar 1911 wurde die Palliativtrepanation vorgenommen, Juni 1912 befand sich das Kind relativ wohl. Es hatte an Gewicht zugenommen, hatte kein Erbrechen, keine Schmerzen, das Sehvermögen hatte sich gebessert, war aber trotzdem reduziert.

Verf. tritt für eine möglichst frühzeitige Vornahme der Palliativ-

trepanation ein. Man soll bei leichter Stauungspapille sofort eingreifen, um es nicht erst bis zur Optikusatrophie kommen zu lassen. Dann ist es meist für einen Eingriff zu spät. In keinem Fall mit zerebralen Symptomen soll die Untersuchung des Augenhintergrundes verabsäumt werden. Verf. verkennt nicht die Gefahren der Palliativtrepanation, die in manchem Falle 48 Stunden danach zum Exitus führen kann. Andererseits liegen die Vorteile der Operation für den Patienten — namentlich was das Sehvermögen betrifft — auf der Hand.

K. Boas (Straßburg i. E.)

J. Alibert, La méningite cérébro-spinale à marche suraiguë et rapide. (Thèse de Montpellier 1911.) Verf. faßt seine Ausführungen in folgenden Schlußsätzen zusammen:

Die Diagnose der äußerst akuten und schnell verlaufenden Meningitis cerebrospinalis ist nicht immer leicht. Man muß um so eher an diese atypischen Formen denken, als die klinischen Symptome weniger eindeutig und charakteristisch sind. Man muß hauptsächlich daran denken, weil diese foudroyant verlaufenden Fälle eine Epidemie verursachen können, deren Ausgangspunkt in der Folge stets entgeht.

Die konstantesten klinischen Symptome sind die Nackensteifigkeit und das Kernigsche Symptom, die jedoch kaum angedeutet sind.

Die klinische Untersuchung hat keinen absoluten Wert. Man muß zur Erkennung der zweifelhaften Fälle von Anfang an eine Lumbalpunktion vornehmen.

Die Lumbalpunktion allein gestattet die Entscheidung darüber, um welche Mikrobien es sich handelt, wenn solche überhaupt vorhanden sind.

Man soll nicht zögern, unmittelbar nach der Lumbalpunktion eine Injektion von Antimeningokokkenserum vorzunehmen. Man soll diese sogar dann ausführen, wenn man keine Zweifel über die bakterielle Natur der Meningitis hat, und sogar dann, wenn sich keine Meningokokken im Liquor cerebrospinalis finden. Es besteht keine Gefahr, auf diese Weise vorzugehen, behauptet Netter, und eine frühzeitige Injektion vorzunehmen, um so eher als man in den gewöhnlichen Fällen, die rapid verlaufen und oft in 1—2 Tagen zum Exitus führen, auf die mindestens einige Stunden in Anspruch nehmende bakteriologische Untersuchung warten muß. Man darf keine Zeit verlieren und soll sofort serotherapeutisch vorgehen.

Vielleicht gäbe sogar in diesen Fällen die Seruminjektion in die Ventrikel einige Resultate. K. Boas (Straßburg i. E.).

J. D. Rolleston (London), Diphtheria of the oesophagus. (British Journ. of Children diseases 9. 1912 p. 12—16. January.) Die Ösophagusdiphtherie muß als eine sehr seltene Erkrankung bezeichnet werden. Im ganzen sind bisher 23 Fälle beschrieben worden, zu denen nunmehr der des Verf.s als 24. kommt. Die Sammlung des Royal college of surgeons enthielt bisher nur zwei Präparate, ebenfalls ein Beweis für die Seltenheit der Affektion. Bei der makroskopischen Besichtigung des Präparates bot der Ösophagus zunächst keine Veränderungen dar, dagegen ergab die bakteriologische Untersuchung die Anwesenheit reichlicher Influenzabazillen und die histologische

Untersuchung zeigte typische Schleimhautveränderungen. Die Diagnose läßt sich meist erst post mortem bei der bakteriologischen Untersuchung stellen, oder wenn dies in 3 Fällen aus der Literatur der Fall war, eine Ösophagusstenose bei gleichartiger Diphtherie vorliegt. Die Erklärung in dem vorliegenden Fall ist schwer, da keine Kupierung vorgenommen wurde, die das Auftreten der Ösophagusdiphtherie in anderen Fällen hinreichend erklärt. Bei Kindern, die bereits eine Ösophagusstruktur haben, ist die Prognose der Diphtherie stets eine besonders schwere. Aus gewissen Anzeichen und namentlich an der Lockerung der Schleimhaut schließt Verf., daß der Ösophagus in dem von ihm mitgeteilten Falle bereits frühzeitig affiziert war.

K. Boas (Straßburg i. E.).

Ch. A. Parker, Surgery of the thymus gland. Thymectomy. Report of fifty operated cases. (Amer. Journ. of Dis. of Children 1913, Februar, No. 2.) Krankengeschichte von einem 1 jährigen, mit Erfolg operierten Knaben. Unregelmäßig auftretende Krampfanfälle von 5—10 Min. Dauer. Dämpfungszone über dem oberen Sternum, nach rechts um 1 cm, nach links um 3 cm die Mittellinie überschreitend und links bis zum 4. Interkostalraum herabreichend. Auf dem Röntgenbild entsprechender Schatten. Während der Anfälle Zyanose. Beim Schreien deutlicher Stridor, in der anfallsfreien Zeit keine Krankheitserscheinungen. — Thymektomie nach Veau, ohne Resektion des Brustbeins. Das resezierte, 9 g schwere Stück erwies sich als normales Thymusgewebe. Nach der Operation noch zwei leichtere Krampfanfälle, der Stridor war und blieb verschwunden. Ein Jahr post operat. befand sich das Kind in vorzüglichem Gesundheitszustand. Es hatte in der Zwischenzeit einen schweren Keuchhusten gut überstanden. — Im Anschluß hieran tabellarische Übersicht über 50 Fälle aus der Literatur von 1896 — April 1912; von einem Fall abgesehen, der, von Garrè 1910 operiert, einen 22 jährigen betrifft, gehören alle dem Kindesalter bis zum 5. Lebensjahre an, ein großer Teil sogar dem ersten Lebenshalbjahr. Auf die aussichtsvolle Röntgentherapie geht Verf. nicht ein. H. Netter (Pforzheim).

R. S. Freud u. A. E. Garrod, Glycosurie in tuberculous meningitis. (Lancet 1913, 4. Jan.) Über die im Verlauf der tuberkulösen Meningitis auftretende Glykosurie ist wenig bekannt, obwohl die Tatsache von einigen Autoren verzeichnet ist. Nach den von den obengenannten Ärzten im Londoner „Hospital for Sick Children" angestellten Untersuchungen ist die fragliche Erscheinung indes weit häufiger, als die spärlichen Beobachtungen, die in der Literatur sich niedergelegt finden, annehmen lassen.

Die den Gegenstand der vorliegenden Arbeit bildende Enquête erstreckte sich auf 41 Fälle von tuberkulöser Meningitis. In all diesen Fällen mit Ausnahme von 3 (wo neben den für das Leiden charakteristischen Symptomen der Kochsche Bazillus in der Spinalflüssigkeit nachgewiesen worden war) war die Diagnose durch die anatomische Untersuchung bestätigt worden. Fünfzehn Mal nun fand sich bei diesen 41 Fällen eine mehr oder weniger starke Glykosurie, d. h. in mehr als einem Drittel (36,6%).

Irgend ein Einfluß des Alters der Kranken auf das Auftreten der Glykosurie wurde nicht bemerkt. Von den 41 Kranken waren 19 Knaben und 22 Mädchen; die ersteren lieferten 6 Fälle von Glykosurie, die letzteren 9, die Zahl der nicht glykosurischen Kranken war die gleiche für jedes Geschlecht (13). Was die Periode der Krankheit betrifft, in der die Glykosurie sich zeigte, so konnten folgende Feststellungen gemacht werden: in 2 Fällen fand sich erstmals Zucker im Urin 24 Stunden vor dem Exitus, bei 10 Kranken 48 Stunden vorher, in 1 Fall 72 Stunden vorher, in einem anderen Fall 96 Stunden vorher und endlich bei dem letzten Kranken, dem einzigen Glykosuriker, bei dem keine Autopsie gemacht wurde, trat die Zuckerausscheidung neun Tage ante exitum ein. Einmal da, blieb dieselbe bis zum Ende bestehen.

Von 12 daraufhin untersuchten glykosurischen Kranken hatten 7 eine Neuritis optica und 5 nicht; bei 13 nicht glykosurischen war das Verhältnis hinsichtlich derselben übrigens annähernd dasselbe — 8 positive: 5 negative. Auch andere klinische Erscheinungen, wie Dauer der Krankheit, Fiebergrad und Stärke der psychischen Störungen scheinen keinen Einfluß auf die Entwicklung der Glykosurie auszuüben.

Es ist wahrscheinlich, daß diese Glykosurie-Form ihren Ursprung in der zerebralen Erkrankung hat und zur Gruppe der nervösen Glykosurien gehört, aber die besondere Alteration, auf die man eine solche würde zurückführen können, haben die Autopsien nicht zu liefern vermocht. Möglicherweise wäre das Auftreten von Zucker im Urin eine Folge der Beteiligung der Glandula pituitaria, die ja nach Borchardt eine bedeutsame Rolle beim Kohlehydratstoffwechsel spielen soll. Diese Hypothese mag auf den ersten Blick um so plausibler erscheinen, als die Glykosurie weit häufiger bei der tuberkulösen Meningitis ist, wo das Exsudat hauptsächlich auf dem vorderen Teil der Gehirnbasis lokalisiert ist, gegenüber der Meningokokken-Varietät mit ihrer Lokalisation an der hinteren Basis. Und in der Tat konnten die Autoren nicht selten ein beträchtliches Exsudat in der Umgebung der Hypophysis nachweisen. Aber während nun in manchen Fällen, wo gerade diese Gegend besonders beteiligt war, kein Zucker gefunden wurde, waren andere mit ganz geringem Exsudat von Glykosurie begleitet. Weiterhin haben mikroskopische Schnitte der Hypophyse von glykosurischen Kranken gar nichts Anormales ergeben.

H. Netter (Pforzheim).

Trambusti, Das Chinin in der Behandlung des Scharlachs. (R. Accad. di sc. med. di Palermo, 26. April 1913.) (Gazz. degli ospedali e delle cliniche, 1913, Nr. 59 S. 629.) Verf. hat während des Jahres 1912 im Auftrag des Roten Kreuzes in Sizilien einen Antimalaria-Dienst geleitet. Im September, Oktober und November herrschte im Bezirk von Marsala eine Scharlachepidemie.

Während dieser Epidemie machte Trapani, der in diesem Bezirk mit der Direktion des Antimalaria-Dienstes betraut war, die Beobachtung, daß, während der Scharlach im ganzen Gebiet von Marsala sich ausgebreitet hatte, er die zu den sechs Stationen des Roten Kreuzes gehörigen Landstriche verschont hatte. Trapani begnügte sich mit der Verzeichnung dieser Tatsache.

Verf. nahm nun in seinem Bericht über die Tätigkeit des Antimalaria-Dienstes Veranlassung, diesem Faktum eine Erklärung zu geben und er stellte die Hypothese auf, daß die regelmäßige Chinisation als Maßregel im Kampfe gegen die Malaria eine Wirkung auf das spezifische Agens des Scharlachs ausgeübt haben konnte, das nach den Untersuchungen von Mallory, Gamaleia, Dudal und nach den neuesten Forschungen von Doehle protozoischer Natur sein soll.

Aber der Unterschied in den Ergebnissen dieser verschiedenen Autoren ließ noch keinen sicheren Schluß zu, und es erscheint verfrüht, dem Chinin eine prophylaktische Wirkung gegenüber dem Erreger des Scharlachs zuzuschreiben. Immerhin konnte Amato während einer anderen, in den ersten Monaten des laufenden Jahres in Palermo herrschenden Scharlachepidemie in dem Institut vom Verf. in den Leukozyten von Scharlachkranken in konstanter Weise besondere Körper nachweisen, welche im Blute Gesunder oder sonstwie Kranker fehlten. Amato glaubte protozoische Formen vor sich zu haben.

Verf. war darum geneigt, die für die Eigentümlichkeit der Epidemie von Marsala gegebene Deutung als zutreffend zu betrachten. Auf seinen Rat haben dann auch mehrere Ärzte in Palermo ihre Scharlachkranken mit Chinin in hohen Dosen auf hypodermatischem Weg behandelt. Die Zahl der beobachteten Fälle ist noch klein, aber es handelte sich um solche mit äußerst schweren Symptomen. In allen Fällen gelang es, durch Injektionen von Chinin. bichlor. die Infektion abzuschneiden. Auf die zweite oder dritte Injektion verschwand das Fieber, die Schälung trat sehr schnell ein, und die Kranken genasen sehr bald.

Verf. ist weit davon entfernt, auf Grund der Beobachtungen von Marsala und der paar Fälle von Palermo, die Frage der Scharlachbehandlung und besonders der durch Streptokokken-Komplikationen verschlimmerten Formen etwa als gelöst zu betrachten, aber der Beachtung und Nachprüfung durch die Ärzte erschien sie wert.

H. Netter (Pforzheim).

Amato, Über einen neuen morphologischen Befund im Blut der Scharlachkranken. (R. Accad. sc. med. di Palermo 1913, 26. April.) (Gazz. degli osped. e delle cliniche 1913, Nr. 59 S. 629.) Verf. konnte im Blut von Scharlachkranken ganz kleine, intraleukozytäre Körperchen verschiedener Form, rund oder leicht oval, oder elliptisch oder pluriangulär, nachweisen. In ihrem Innern lassen sie ein, bald zentral gelegenes, bald mehr an die Peripherie verschobenes Farbkörnchen erkennen. Zuweilen und namentlich bei den unregelmäßigen Formen sind die Granulae in verschiedener Zahl vorhanden und haben die Neigung, sich an der Peripherie des Körperchens zu verteilen. Das Vorkommen dieser ist ein konstanter Befund bei den Scharlachkranken, und besonders reichlich finden sie sich im Beginne des Exanthems. Verf. hat diese Formationen weder bei normalen noch bei den an anderen Krankheiten leidenden Personen finden können. H. Netter (Pforzheim).

O. N. Sostschine, Volvulus des Testikels. (Chirurgia 1913, Nr. 193, Januar.) Der Fall ist bemerkenswert wegen der Heftigkeit

der Symptome und der Schnelligkeit, mit der sich die schwere Schädigung des Organs einstellte.

Der 14 jährige Knabe wurde bei der Defäkation von lebhaften Schmerzen im Hodensack befallen. Derselbe schwoll an, und die Schmerzen wurden in kurzem derart heftig, daß das Hospital aufgesucht wurde. Kaum auf der Straße, fiel er vor Schmerz um und mußte hingebracht werden. Bei der Ankunft synkopaler Allgemeinzustand: Puls 102. Die linke Skrotalhälfte um das doppelte vergrößert, die Haut gerötet, gespannt, ödematös; der Hoden nicht fühlbar. Keine eingeklemmte Hernie, Verschiebung eines Eingriffes auf den nächsten Tag, Eisblase. Da keine Besserung eintritt, entschließt man sich doch zu einem solchen innerhalb der ersten 24 Stunden seit Beginn. Hoden und Nebenhoden schon schwarz und nekrotisch; am Samenstrang, direkt über dem Nebenhoden, eine Torsion von 360° von links nach rechts, Kastration, aber so hoch man auch heraufgeht, man kommt nicht über die Höhe der thrombosierten Venen hinaus. Zwei Wochen hindurch hält sich die Temperatur auf 39,5, ohne daß ein Grund dafür hätte finden lassen, unter dem Einfluß von Kollargolklismen geht das Fieber zurück. H. Netter (Pforzheim).

N. K. Kohl (Jakimora), **W. L. Jakienoff** u. **N. J. Schochor.** Über die Leishmaniose in Rußland. (Russ. Wratsch. 1914 Nr. 8—9.) Die von dem unter Leitung von Prof. P. Ehrlich stehenden Georg Speyerhause in Frankfurt a. M. unter Beteiligung des Instituts für experimentelle Medizin und der Hauptveterinärverwaltung in St. Petersburg, zur Erforschung tropischer Krankheiten bei Menschen und Tieren im Turkestangebiete ausgesandte Expedition konnte die interessante und wichtige Tatsache feststellen, daß in Taschkent (Turkestan, Zentralasien) die Leishmaniose unter den Hunden sehr verbreitet ist (33,3%). Im Zusammenhange damit festigte sich die Überzeugung, daß auch viele „larvierte“, „unregelmäßige“ Formen der Malaria, die durch ein unregelmäßiges Fieber, Milzvergrößerung, Anämie und allgemeine Schwäche charakterisiert sind, und bei denen auch Chinin, sowie Klimawechsel wirkungslos blieben, als Leishmaniose aufzufassen seien. Und in der Tat gelang es den Forschern auch in 27 Fällen, die sie in Taschkent, Samarkand und Aschatas untersuchten, durch Milzpunktion in den Ausstrichpräparaten die Parasiten der Leishmaniose bei Kindern nachzuweisen. Ein Fall war durch Leukämie, ein anderer durch die Orientbeule kompliziert. Auf die instruktiven, in extenso mitgeteilten höchst lehrreichen Krankengeschichten kann aber hier nicht näher eingegangen werden.

S. Rubinstein (Riga).

Sh. Yamada, Über die Beziehung zwischen Darmerkrankung und Dermatosen. (Japan. Zeitschr. f. Dermat. u. Urol. 1913. Fasc. 6.) Bei dem 8 Monate alten Kinde erschien unter hohem Fieber ein Erythem über den ganzen Körper und daneben kleine Bläschen. Bei dem mit Muttermilch ernährten Kinde zeigte sich im Verlaufe der Erkrankung Schleim im Kot. Darmausspülungen mit Kochsalzlösung bewirkten eine Besserung des Exanthems und des All-



gemeinbefindens. Ein Rezidiv, welches einige Tage später in Form eines exsudativen Erythems auftrat, wurde wiederum leicht durch die gleichen Darmausspülungen beseitigt. Max Joseph (Berlin).

Gustav Jörgensen, Eine Modifikation der Hayemschen Flüssigkeit. (Aus dem gerichtsärztlichen Institut der Universität.) (Ugeskrift for Läger 1913 Nr. 44.) Durch Anwendung der von Ellermann angegebenen Pipetten, der von dem Verf. angegebenen modifizierten Hayemschen Flüssigkeit ($^1/_2$ Promille Sublimat enthaltend) — welche eine viel gleichartigere Verteilung der Blutkörperchen erlaubt — und der Kammer von Thoma-Zeiss, kann der Fehler bei der Zählung von ca. 1000 roten Blutkörperchen zu 2,5 $^0/_0$ auf eine einzelne Zählung gesetzt werden, während er bei Anwendung der Hayemschen Flüssigkeit in der gewöhnlichsten Zusammensetzung am wenigsten doppelt so groß ist.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

A. Velebril, Hemihypertrophia congenitalis. (Revue o neuro-psychopathologie etc. 1913 p. 577 [böhmisch]). Ganz gesundes, munteres, normal geborenes, aus vollkommen gesunder Familie stammendes Kind, das auf der linken Körperseite an allen Teilen dicker ist; die Hände und Füße, ganze Beine und Arme, die linke Gesichts- und Brusthälfte sind deutlich verdickt, der Körper dadurch asymmetrisch. — Diskussion der Literaturfälle.

Jar. Stuchlík (Zürich).

J. Divis (Prag), Die Erfahrungen mit der Lezikraton-Therapie bei Rachitis. (Časopis českych lékařuv 1913 Nr. 1 [böhmisch].) Lezikraton ist ein Präparat, das in 100 g seines Gewichtes folgende Bestandteile enthält: 1 g Lezithin, 10 g Glyc.-Kalk-Phosphat, 23,75 g Fett, 29,71 g Kasein und 36,72 g Milchzucker; durch Zugaben von Guajakol, Guajakol-Kodein, Jod, Brom oder Eisen macht man ihn zu speziellen therapeutischen Zwecken geeignet. Er wurde als ein weißliches Pulver, der sich leicht in Milch, Kakao u. a. lösen löst, verabreicht in kleineren oder größeren Dosen je nach dem Alter des Kindes. Meistens verwendet wurde der reine Lezikraton, seltener — bei anämischen Kindern — der Eisen enthaltende.

Von den 60 behandelten, 6 Monate und länger kontrollierten Kindern konnte man bei den meisten von ihnen eine schnelle und dauernde Besserung konstatieren. Verf. gibt 7 besonders erwähnenswerte Fälle, bei denen ein überraschender Erfolg zu konstatieren war, in seiner Arbeit an. Jar. Stuchlík (München).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Pädiatrische Sektion der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Berichterstatter: Schick, Wien.

Sitzung am 6. November 1913.

H. Koch: **7 jähriges Mädchen mit einem rasch entstandenen Knochendefekt des Schädels** (Gumma?). Vor 5 Monaten klagte Patientin beim Kämmen über Schmerzen am Kopf. Einen Monat später wurde eine weiche Geschwulst am vorderen Teil des behaarten Kopfes bemerkt, die in 3 Wochen hühnereigroß wurde und aufbrach. Es entleerte sich dünnflüssiges Sekret. Jetzt findet sich ein deutlicher, fünfkronenstückgroßer Defekt im Knochen. Wassermann und Tuberkulinreaktion negativ. Im Röntgenbilde, das von Schüller besprochen wird, sieht man einen 4 cm großen Defekt mit scharfen, wellig verlaufenden Rändern, wie bei einem Hämangiom.

H. Koch: **Lupus vulgaris im Anschluß an Masern.** 4 Jahre alter Knabe. Nach den Masern entwickelte sich ein aus braunroten Effloreszenzen zusammengesetzter Ausschlag, der aus einzelnen Knötchen zusammengesetzt ist. Einzelne Effloreszenzen haben verrukösen Charakter. Daneben besteht ein Gibbus und Tuberkulose des linken Nebenhodens.

Gertrude Bien: **11 jähriges Mädchen mit primärem chronischen Gelenkrheumatismus und Parotitis.** Seit 5 Monaten multiple Gelenksentzündungen, namentlich in den Gelenken der oberen Extremitäten. Daneben treten an den Streckseiten derselben Erytheme auf. Tuberkulinproben negativ. Vor 14 Tagen trat Schwellung der linken, vor 2 Tagen auch der rechten Parotis auf. Diese Schwellung hielt 14 Tage an, geht jetzt allmählich zurück (chronische Parotitis?).

K. Leiner: a) **2 Jahre altes Kind mit Psoriasis discoidea.** Seit einem halben Jahre traten in den unteren Extremitäten, am Genitale, an der Analfurche scharf umschriebene, über das Hautniveau leicht rauhe, düster rote Scheiben auf. Diese zeigten silberglänzende Schuppen, nur jetzt sind die Effloreszenzen durch einen interkurrenten Impetigo etwas verändert.

b) **2 Monate alter Säugling mit morbillös-ähnlichem Exanthem.** Zum Unterschied von Masern sind die Effloreszenzen makulös, nicht makulopapulös, es fehlen alle charakteristischen Erscheinungen von seiten der Schleimhäute, es besteht kein Fieber. Abheilung in wenigen Tagen, fast regelmäßig bestehen dyspeptische Erscheinungen.

H. Salzer: **Innere Verletzungen nach Überfahrenwerden.** Die 3 vorgestellten Fälle sind deshalb interessant, weil sie zeigen, daß die Diagnose der Verletzungen sehr schwierig ist und die Folgen manchmal erst längere Zeit nach dem Unfall zu Eingriffen Veranlassung geben.

1. 6 jähriger Knabe von einem Kistenwagen überfahren. Bei der Untersuchung bloß beiderseits Flankendämpfung und leichte Druckempfindlichkeit des Abdomens. Bei der Operation findet sich Querdurchreißung des Jejunums 10 cm von der Flex. duodenojejunalis und Entblößung des Darmstückes auf 10 cm von seinem Mesenterium. Resektion des Darmstückes. Heilung.

2. 8 jähriger Knabe von einem Einspänner überfahren, Spitalsbeobachtung durch 8 Tage, dann Entlassung. 11 Tage später wegen häufiger Bauchschmerzen wieder eingeliefert. Bei der Untersuchung findet man zwischen Milz, Nabel und Proc. xyphoides einen zystischen, kindskopfgroßen Tumor, darüber gedämpfter Schall. Wegen Zunahme des Tumors Operation. Bei der Operation erwies sich der Tumor als traumatische Pankreaszyste.

3. 8 jähriges Mädchen von einem Wagen überfahren. Unmittelbar nach der Verletzung wurde komplizierte Fraktur des linken Vorderarmes nachgewiesen und eine druckempfindliche Resistenz in der linken Flankengegend. Diese war 5 Tage später verschwunden. 24 Tage nach der Verletzung plötzlich heftige links-



seitige Bauchschmerzen, in der linken Flanke ein prall elastischer Tumor zu tasten. Operation ergibt seröse Zyste, wahrscheinlich aus dem perinephritischen Hämatom hervorgegangen.

Artur Goldreich: **3 Wochen altes Kind mit partiellem Riesenwuchs.** Beträchtliche Volumsvermehrung der ganzen rechten unteren Extremitäten mit normaler (röntgenologisch geprüfter) Struktur des Knochens. Rechter Oberschenkel um 1,5, der rechte Unterschenkel um 1 cm länger. Die Knochen, die Muskulatur und das Fett ist auf dieser Seite voluminöser.

Diskussion: Swoboda weist auf die Häufigkeit der Kombination mit Nävus der befallenen Körperhälfte hin. Für die Prognose ist der Umstand wichtig, daß das Mißverhältnis zwischen beiden Körperhälften sich mit der Zeit vollständig ausgleichen kann. Spitzy hat zwei derartige Fälle gesehen. Der eine, ein typischer partieller Riesenwuchs, betraf die eine untere Extremität und war mit einem großen Nävus in der Glutäalgegend kombiniert.

Fritz Magyar: **Impetigo circinata bei einem $5^1/_2$ Monate alten Säugling.** An der linken Körperhälfte, scharf an der Medianlinie abschneidend, fanden sich ad nates und dem obersten Anteil des Oberschenkels zart rot umränderte, sehr dichtstehende Bläschen, die an Herpes zoster erinnerten. 8 Tage später ist das Bild in der Weise verändert, daß sich an Stelle der Blasen kreisrunde, rote Flecken vorfinden, zum Teil noch krustös bedeckt. Daneben finden sich am Körper zerstreut Impetigopusteln.

Nobl hält die Affektion für eine Kombination von Pemphigus infantum mit der ätiologisch und morphologisch zugehörigen klinischen Erscheinungsform der Impetigo contagiosa, wobei die zirzinäre Anordnung besonders bemerkenswert ist.

Fritz Magyar: **Mikrozephalie bei einem $5^1/_2$ Jahre alten Knaben.** Körperlänge 91 cm (– 16 cm), Gewicht 19 kg (– 7,1 kg), Kopfumfang 36 cm (!), Haltung und Benehmen des Knaben affenartig, Kopf leicht vorn übergeneigt, die oberen Extremitäten im Ellbogengelenk leicht gebeugt, O-Beine mit breitspuriger Stellung. Reflexe gesteigert. Geistig stark zurückgeblieben, spielt nie allein, muß meist gefüttert werden. Spricht nur wenige unartikulierte Laute. In der Literatur sind Fälle bekannt, die das 30. Lebensjahr erreichten.

Mayerhofer: **Zwei Fälle von sogenannter Sklerodermie der Neugeborenen.** Zwei gesunde Brustkinder zeigen in den ersten Lebenswochen (wahrscheinlich schon bald nach der Geburt beginnend) Hautveränderungen im Sinne einer teils herdförmigen, teils diffusen Verhärtung mit strangförmigen Ausläufern, namentlich im Bereich des Rückens, des Gesäßes, der Oberarme und Oberschenkel. Anfänglich war die Haut auch stellenweise bläulich verfärbt. Allmähliche spontane Rückbildung, keine Schmerzen, keine Störung des Allgemeinbefindens. Pirquet und Wassermann negativ. Bis jetzt sind 6 derartige Fälle beschrieben, die ersten von Cruse. Ätiologie unklar (Trauma, Temperatureinflüsse?). Histologische Befunde fehlen.

Josef Friedjung: **Einige strittige Fragen aus der Lehre von den Masern.** Erörterung der Frage der Immunität, der Inkubationsdauer, des Masernrezidivs oder der wiederholten Erkrankung. Immunität ist fast absolut. Friedjung kennt 3 sichere Fälle von wiederholter Erkrankung. Daneben gibt es eine temporäre Immunität (geringe Menge des Infektionserregers). Die Inkubationsdauer ist bis zum Exanthemausbruch konstant, doch gibt es Überschreitungen (– 21 Tage). Verf. verlangt strenge Kriterien bei Publikation wiederholter Masernerkrankung. (Erscheint ausführlich in der W. m. W.)

Diskussion: Hochsinger und Pollak betonen die Möglichkeit, wenn auch Seltenheit, einer zweimaligen Masernerkrankung auf Grund eigener Beobachtung. Masernrezidive hat Hochsinger niemals gesehen. Von einem allgemeinen Gesetz über die Inkubationszeit kann man schwer sprechen, da die Prodromalerscheinungen, die doch schon dem Beginn der Erkrankung entsprechen, von ungleicher Dauer sind, insbesondere bei Masern Erwachsener sind sie länger dauernd. Swoboda bemerkt, daß es temporäre Immunität gegen Masern gibt, die aber oft nur scheinbar ist, wenn Qualität und Quantität des übertragenen Masernvirus zur Infektion nicht hinreichen. Einzelne eigene Beobachtungen sprechen dafür, daß Säuglinge, welche während der Inkubation und Masernerkrankung der Mutter von dieser gestillt hat, eine temporäre oder dauernde Immunität er-

werben. 3 Schwestern (Frauen) erkrankten an Masern. Im Anschluß daran erkrankten alle Kinder dieser Frauen bis auf einen 4 Monate alten Säugling, welcher während der Erkrankung der Mutter weiter gestillt wurde. Auch bis jetzt hat dieses Kind (6. Lebensjahr) noch keine Masern akquiriert. Swoboda beobachtete in einem Falle Fieber vom Tage der Ansteckung bis zum Exanthem. Die Feststellung der Inkubationszeit ist schwierig. Am besten eignen sich in der guten Privatpraxis die sogenannten Jausenfälle (Kindergesellschaften). Wiederholte Masernerkrankung hat er nie beobachtet, Masernrezidiv einmal. Schick beobachtete einen Masernfall, der mit Angina und regionärer Drüsenschwellung begann; 3 Geschwister wurden trotz unterlassener Isolierung nicht infiziert. Im nächsten Jahre erkrankten die anderen 3 nicht durchmaserten Geschwister an Masern, das Kind, das im Vorjahre die atypischen Masern gezeigt hatte, erkrankte jedoch nicht. Vielleicht unterblieb die Ansteckung im ersten Jahre wegen der atypischen Einbruchspforte des Virus. Manche Fälle von temporärer Immunität könnten auf ähnliche Weise erklärt werden.

Vereinigung Sächsisch-Thüringischer Kinderärzte Halle a./S.

Offizielles Protokoll 7./XII. 1913.

(Nach d. Deutschen med. Wochenschrift.)

Vorsitzender: Brückner (Dresden); Schriftführer: Hohlfeld (Leipzig).

1. Rietschel (Dresden): **Fieber nach Kochsalzinfusionen bei Säuglingen** (nach Versuchen von Frl. Heidenhain und Ewers). Ausgedehnte Untersuchungen haben ergeben, daß in der Tat NaCl-Infusionen mit frisch-destilliertem Wasser keine Fiebersteigerungen bei Säuglingen hervorrufen. Wurde das Wasser in der üblichen Weise aus der Apotheke bezogen, so trat in einem größeren Teil der Fälle Fieber auf. Bakteriologische Prüfungen ergaben ein negatives Resultat. Man dachte schließlich an anorganische Beimengungen des destillierten Wassers, speziell an Cu. In der Tat genügt 10—30 Minuten langes Kochen des frisch destillierten Wassers mit Cu, um bei einem Teil der infundierten Kinder Fieber zu erzeugen. Damit ist für einen Teil der Fälle das Fieber auf diesen „anorganischen Wasserfehler" zu beziehen. Verf. glaubt allerdings, daß es nicht angängig ist, alle Fieberreaktionen auf diesen „anorganischen Wasserfehler" zu beziehen, sondern ist der Meinung, daß auch bakterielle Verunreinigungen sehr wohl einmal auch zu Fieber Veranlassung geben. Daneben hält er doch die Technik und den Zustand des Kindes für sehr wichtig.

Diskussion: Hohlfeld fragt, ob der Kupfergehalt des zur Injektion benutzten Wassers bestimmt worden sei. — Rietschel verneint das. — Brückner sieht in den Ergebnissen der Vortragenden den Beweis für die Mannigfaltigkeit der Ursachen, die bei solchen Injektionen Fieber erregen können.

2. Thomas (Charlottenburg): **Arachnodaktylie mit eigenartiger Ohrmuscheldeformität und Schwimmhautbildung.** Marfan beschrieb 1896 unter dem Namen Dolichostenomelie eine Mißbildung, deren wesentlichste Kennzeichen die Verlängerung besonders der distalen Teile der Extremitäten bildet. Derselbe Fall wurde sechs Jahre später abermals demonstriert und zeigte noch dieselben Eigentümlichkeiten. Einen ähnlichen Fall stellte Achard vor und belegte die Veränderung mit dem Namen „Arachnodaktylie", also etwa Spinnenfingrigkeit, welcher das Wesentliche kurz kennzeichnet, ohne etwas für die Ätiologie zu präjudizieren. Soeben beschreibt auch Dubois einen ganz typischen Fall. Das vom Vortragenden beschriebene, jetzt $1^3/_4$ Jahre alte Mädchen zeigt in seiner Anamnese nervöse Belastung. (Väterlicherseits.) Keine Mißbildungen bekannt. Bei der Geburt wurden die langen Hände und Füße bemerkt. Jetzt unproportionierte Verlängerung derselben und Verschmälerung. Calcaneus ebenso wie beim Marfanschen Fall vorwiegend. Knochenkerne o. B. Sella turcica nicht erweitert. Geistig gut entwickelt. Thoraxrachitis. Außer der Mißbildung der Hände und Füße besteht eigenartige Ohrmuscheldeformität. Der Crus helicis läuft als sehr hohe Falte vom Ohransatz nach hinten, die Muschel gewissermaßen in eine obere und untere Hälfte teilend.



Außerdem besteht Schwimmhautbildung, am deutlichsten zwischen Mittel- und Ringfinger. Die bisher beschriebenen Fälle gehören dem weiblichen Geschlecht an und zeigen Kombination mit anderen Mißbildungen.

Diskussion: Brückner fragt, ob Lues ätiologisch in Betracht kommt. — Thomas (Schlußwort) verneint das.

3. Friedemann (Leipzig): **Kephalhämatom bei älteren Kindern.** Das Kephalhämatom der Neugeborenen ist jedem Arzte, besonders jedem Geburtshelfer bekannt, da es, wenn auch nicht sehr häufig, doch immerhin unter etwa 250 Geburten einmal beobachtet wird. Dagegen ist die Kenntnis von dem viel selteneren Kephalhämatom bei älteren Kindern nicht sehr verbreitet. Ich verstehe unter Kephalhämatom hier ausschließlich die wahre Kopfblutgeschwulst, d. h. den Bluterguß zwischen Perikranium und Schädelknochen. Ich selbst habe das Kephalhämatom bei älteren Kindern innerhalb einer 23jährigen ärztlichen Tätigkeit erst dreimal beobachtet, und zwar einmal im Jahre 1902 bei einem 2jährigen Mädchen auf dem rechten Scheitelbein,[1]) das zweitemal im Jahre 1903 bei einem 4jährigen Knaben ein merkwürdig kommunizierendes Kephalhämatom auf beiden Scheitelbeinen[1]) und das drittemal erst wieder nach 10 Jahren am 1. September 1913 bei einem 8jährigen Knaben auf dem linken Scheitelbein. Die Ursache der Erkrankung älterer Kinder an Kephalhämatom ist unklar bzw. unbekannt. Ob die Röntgenuntersuchung hier Aufschluß geben könnte, entzieht sich meiner Kenntnis. Ich habe bei dem diesjährigen Falle zu spät daran gedacht: Hier führte die Mutter die Entstehung auf einen schon acht Tage zuvor erlittenen Sturz zurück. Bei meinen ersten beiden Fällen war anamnestisch nichts zu ermitteln. Das Kephalhämatom war zufällig beim Kämmen frühmorgens entdeckt worden. Bei allen 3 Fällen reichte der große Bluterguß genau bis zu den Knochennähten, auch der charakteristische Knochenwall an der Peripherie und das Pergamentknittern an der inneren Grenze nach begonnener Resorption des Blutergusses fehlten nicht: beides war besonders deutlich bei dem doppelseitigen Kephalhämatom zu beobachten. Der Verlauf war ein rascher; nach zwei bis drei Tagen begann schon die Resorption, nach acht, spätestens 14 Tagen war alles bis auf den Knochenwall verschwunden. Die Behandlung bestand lediglich in einem Watteschutzverband. Die Diagnose war leicht: es bestand kein Fieber, keine Entzündung: die fluktuierende Geschwulst war plötzlich bei bis dahin ganz gesunden Kindern entstanden, Enzephalozele, Aneurysma o. dgl. kamen nicht in Frage. Bei dem doppelseitigen Kephalhämatom, welches ich seinerzeit in der Leipziger medizinischen Gesellschaft vorgestellt habe, hatte der Hausarzt, der mir damals das Kind zuschickte, vorher noch eine Probeinzision gemacht, welche natürlich reines Blut ergab. Ich persönlich halte Probeinzision und Probepunktion, so lange keine Abszeßsymptome vorhanden sind, mindestens für unnötig.

Diskussion: Stöltzner hält das Kephalhämatom bei älteren Kindern nicht für selten, meist sind es Kinder von 2—4 Jahren. — Hohlfeld ist der selben Meinung. Er hat sich Notizen über 2 Fälle seiner Beobachtung gemacht. Das eine Kind war $1^1/_2$, das andere $4^1/_2$ Jahre alt. Bei beiden war ein Trauma vorangegangen. Das eine war aus dem Kinderwagen gefallen, das andere drei Stufen abgestürzt und kurze Zeit bewußtlos gewesen. Die Anschwellung wurde vier bis sechs Tage später bemerkt. Als die Kinder 5 bzw. 8 Tage nach dem Trauma zur Untersuchung kamen, fand sich bei dem ersten über dem rechten Ohr eine von einem knochenharten Wall umgebene fluktuierende Schwellung von $5^1/_2$ cm Durchmesser, bei dem zweiten eine von 6 cm im hinteren Abschnitt des rechten Scheitelbeins, auch hier der scharfe, deutlich erhabene, etwas unregelmäßige Rand. In beiden Fällen schnelle Rückbildung, so daß man bald den rauhen, von erhabenen Leisten durchsetzten Grund durchfühlen konnte. Im ersten Falle bestand ausgesprochene Rachitis.

4. Laurentius (Leipzig): **Hirnabszeß bei einem dreizehnmonatigen Kinde.** Der Fall war nach mehrwöchigem Kranksein mit den Erscheinungen einer Meningitis eingeliefert worden. Herdsymptome fehlten. Da die Ventrikelpunktion beiderseits Eiter ergab, nahm man an, daß sich im Anschluß an eine Meningitis ein Pyozephalus entwickelt hätte. Die Sektion stellte einen Abszeß im linken Schläfenlappen fest, der den größten Teil der linken Schädelhälfte einnahm und sich unter

[1] M. m. W. 1904 Nr. 9.



spaltförmiger Kompression des linken Seitenventrikels noch etwas in die rechte Schädelhälfte gegen den erweiterten rechten Seitenventrikel vorwölbte. Die Ursache der Abszeßbildung wurde nicht gefunden. Der Vortragende denkt an eine vorangegangene Meningitis.

Diskussion: Brückner hält so große Abszesse in diesem Alter für sehr selten, die vom Vortragenden angenommene Ätiologie ist ihm unwahrscheinlich. In gleichem Sinne sprechen sich Rietschel und Stöltzner aus. — Hohlfeld hält die Auffassung des Vortragenden mindestens für diskutabel.

5. Frl. E. Liefmann (Dresden): **Schicksal von Säuglingen mit Pylorospasmus und habituellem Erbrechen.** Nachuntersuchungen von 50 Fällen, von denen als Säuglinge 44 wegen Pylorospasmus und 6 wegen chronischen Speiens im Säuglingsheim Dresden in Behandlung waren. Die ältesten der nachuntersuchten Kinder stehen im achten Lebensjahre. Der Prozentsatz von Knaben zu Mädchen war 60:40%. Erstgeborene waren ziemlich häufig vertreten, 25 unter 50. Ein Hervortreten der Brustkinder vor den Flaschenkindern, der Kinder besser situierter Kreise vor denen der ärmeren Bevölkerung war aus diesem Material nicht ersichtlich. Die Mortalität dieser Kinder hielt sich in den Grenzen, die auch anderwärts für diese Fälle angegeben werden. Hereditäre Belastung besonders elterliche Neuropathie und Magenleiden der Eltern wurde nicht besonders häufig angetroffen. Eine besondere Disposition dieser Kinder sowie irgendwelche körperliche oder geistige Erkrankungen, insbesondere für Magenerkrankungen oder Beschwerden von seiten des Magendarmtraktus traten nicht hervor. Neuropathie dieser Kinder wurde in etwa der Hälfte der Fälle nachgewiesen. Die nervösen Beschwerden bezogen sich besonders auf Schlafstörungen. Von einer durchweg nervösen Belastung und neuropathischem Wesen dieser Kinder war also nichts zu finden. Wenn wir annehmen, daß sie als Pylorospastiker-Speier als Säuglinge alle nervös gewesen sind, so ist dieser Befund gewiß bemerkenswert. Es wird die Frage aufgeworfen, ob die Neuropathie der Säuglinge heilbar ist, wenigstens so weit, daß wir sie später nicht mehr grobklinisch nachweisen können. Oder sind diese Säuglinge mit Pylorospasmus und habituellem Erbrechen nicht durchweg neuropathisch in dem Sinne zu bezeichnen, daß wir die Neurose ihres Magens stets als Ausdruck einer allgemeinen Neuropathie betrachten dürfen?

Diskussion: Rietschel bedauert, daß heute auf Grund oft eines Symptoms (Enuresis, periodischer Kopfschmerz u. a.) sofort auf eine „Veranlagung", eine „Diathese" (Neuropathie) geschlossen wird. Es ist klinisch ein Rückschritt, zu freigebig von dem Wort „Neuropathie" Gebrauch zu machen. Es gibt „neuropathische" Kinder, wir wollen aber praktisch nicht, wie es geschieht, jedes Kind, das dieses oder jenes Symptom nervöser Natur zeigt, „neuropatisch" nennen. Die Neuropathie des Säuglings z. B. ist noch fast unerforscht. Daß geringere Schlaftiefe, Aufschrecken Zeichen einer neuropathischen Konstitution im Säuglingsalter seien, sei in keiner Weise durch Beobachtungen erwiesen, sondern eigentlich nur eine petitio principii. Die Untersuchungen von Frl. Liefmann erscheinen Rietschel deshalb so wertvoll, weil sie für ein Krankheitsbild, das von vielen Autoren als Zeichen der „Neuropathie" gehalten wurde, wahrscheinlich machen, daß eine Neuropathie im gewöhnlichen Sinne nicht vorliegt, sondern daß hier eine Disharmonie eines normalen oder eine „Neurose" vorhanden ist, deren tiefere Erkenntnis uns noch verschlossen ist. Die Katanamnesen solcher Krankheitstypen und Krankheitsgeschichten von Familien sind hier besonders wichtig, da sie am meisten geeignet sind, das schwierige Gebiet der Konstitution mehr zu erforschen. — Thomas fragt, welches die Todesursache bei den 5 letal verlaufenen Fällen gewesen sei. Bei den nicht mit erheblicher Ernährungsstörung komplizierten Fällen scheine eine wesentliche Herabsetzung der Immunität nicht einzutreten. Jedenfalls sind infektiöse Komplikationen, besonders Pneumonien, bei Pylorospasmus viel seltener als bei Ernährungsstörungen, welche ja meist ex infectione stürben. Eigene Beobachtungen sowie zahlreiche Sektionsberichte und Krankengeschichten der Literatur gaben Veranlassung zu diesem Urteil. Häufiger erscheinen Pneumonien aufzutreten, wenn eine gewisse Reparation schon erreicht ist. — Hohlfeld sieht ein gewisses Mißverhältnis zwischen den Ausführungen von Rietschel und der Umgrenzung der Neuropathie durch Frl. Liefmann. — Rietschel: Ich gebe Herrn Thomas recht, daß im allgemeinen der Pylorospastiker nicht zu Infektionen neigt; nur einmal erinnere ich mich, was ich sonst nie gesehen habe, daß bei einem Pylorospastiker, der eine NaCl-Infusion erhielt, eine Infektion eintrat, und eine Phleg-

mone sich entwickelte. Der Fall ging in Heilung aus. — Carstens, dem der schädigende Einfluß der Schule speziell auf neuropathische Kinder sehr wohl bekannt ist, hat in einem von ihm beobachteten und behandelten Fall von Pylorospasmus, der ebenfalls zu den Neuropathien gehörte, einen günstigen Einfluß der Schule konstatieren können. Alle Erscheinungen, die man bei dem mit den Eltern mehrere Jahre im Süden lebenden Kinde beobachtete, mußte man der Beschreibung nach als hysteroneurasthenische auffassen. Als das Kind dann von den Eltern getrennt und nach Leipzig zu verständigen Verwandten gebracht wurde, schwanden nach Beginn des Schulunterrichts alle nervösen Erscheinungen, so daß hier wohl mit Sicherheit nur sog. Milieu-Schäden als Ursache der bis dahin beobachteten neuropathischen Symptome anzuschuldigen waren. — Brückner hält lediglich einen Teil dieser Kinder für Neuropathen, er fordert auch die Praktiker zum Sammeln ihrer Beobachtungen auf. — Frl. Liefmann betont im Schlußwort, daß sie sich bei der Umgrenzung der Neuropathie nur nach dem gewöhnlich von anderen geübten Verfahren gerichtet habe. Von der Schule will sie nur behaupten, daß man dort von Haus aus nervöse Kinder leichter erkenne.

6. Brückner (Dresden): **Epidemiologie von Scharlach und Diphtherie.** Vortragender demonstriert an Jahreskurven den Verlauf der Morbidität des Scharlachs in Dresden während eines 10jährigen Zeitraumes. Die einzelnen Jahre zeigen eine sehr verschiedene Kurve, meist einen steilen Anstieg im letzten Quartal. Die V-Form der Kurve, welche von Sallom nach Erhebungen in Philadelphia als charakteristisch für Scharlach erklärt, wurde vermißt. Vortragender erklärt sich dies aus der verschiedenen Dauer der Schulferien, die in Philadelphia über doppelt so groß ist als in Dresden. Infolgedessen kommt dort der Einfluß der Schule deutlicher zum Ausdruck, wie hier. Aus dem Studium der Morbidität darf man auf die Kontagiosität des Scharlachs schließen. Die gegenteiligen Behauptungen erkennt der Vortragende nicht als einwandfrei erwiesen an. Die Morbiditätskurve der Diphtherie zeigt in Dresden wie anderswo sowohl in den einzelnen Jahren als auch in der 10jährigen Durchschnittskurve die charakteristische V-Form. Vortragender geht auf die verschiedenen Momente ein, welche für das Zustandekommen der Sommersenkung in Betracht kommen, und betont die Wichtigkeit der individuellen Disposition, welche, wie er an Beispielen erläutert, zeitlichen Schwankungen unterworfen ist. Daß Witterungsverhältnisse von Einfluß auf die Disposition sind, ergibt sich u. a. aus der von ihm an dem Material der Kinderheilanstalt in Dresden und der Kinderklinik in Leipzig nachgewiesenen Erscheinung, daß der prozentuale Anteil der Kehldiphtherie an der Gesamtzahl der Diphtherien im vierten und ersten Jahresquartal erheblich größer ist, als im zweiten und dritten. Vortragender demonstriert weiter Morbiditätskurven von Dresden, Berlin, Hamburg und Leipzig, welche sich über längere Zeiträume erstrecken, und an denen sich die Nutzlosigkeit der bisherigen prophylaktischen Maßnahmen deutlich nachweisen läßt. Er tritt für eine Einschränkung rigoroser Maßnahmen, wie z. B. der obligatorischen Raumdesinfektion ein, befürwortet hingegen eine strengere Überwachung der Isolierung und der laufenden Desinfektion. Dauerausscheider sollen nach Möglichkeit isoliert werden. Auf gesunde Bazillenträger soll man fahnden, wenn die Krankheit sich ausbreitet, besonders in den Schulklassen. Hier soll außerdem vor allem auf die so überaus zahlreichen und verkannten atypischen und abortiven Diphtherien geachtet werden. Der Versuch v. Drigalskys, durch strenge Ausschaltung der Dauerausscheider und gesunder Bazillenkörper die Diphtherie einzuschränken, kann als gelungen nicht bezeichnet werden. Die in seiner Veröffentlichung angegebene Beobachtungszeit war zu kurz. Das Jahr 1912 zeigt in Halle wieder einen deutlichen Anstieg der Diphtheriekurve. Die wirksame Prophylaxe der Diphtherie ist ein bisher noch ungelöstes Problem.

Diskussion: Seiffert (Leipzig) hat eine ähnliche Abhängigkeit von der Jahreszeit bei der Maul- und Klauenseuche gefunden.

7. Lehnerdt (Halle): **Skelett eines spontan-rachitischen Affen.** Er hatte intra vitam neben Störungen der Motilität eine sehr erschwerte Nasenatmung infolge Verengerung des Naseneinganges durch mächtige periostale Wucherungen der angrenzenden Schädelknochen und auch der Nasenmuskeln gezeigt. Vortragender weist darauf hin, daß speziell die am Schädel vorliegende Skelettveränderung — auch bezüglich der Verengerung des Naseneinganges — mit derjenigen völlig übereinstimmt, die v. Hansemann in seiner Monographie über die Rachitis des Schädels als charakteristisch für die Affenrachitis geschildert hat. Da in der

erwähnten Monographie über mikroskopische Untersuchungen, die zur Sicherung der Diagnose „Rachitis“ erforderlich sind, nichts berichtet wird, hat Vortragender auch histologische Untersuchungen angestellt. Soweit die bisher vorliegenden Präparate ein Urteil erlauben, handelt es sich in dem vorliegenden Fall tatsächlich um eine mit der menschlichen Rachitis identische Skeletterkrankung.

Diskussion: Rietschel: Der von Lehnerdt demonstrierte Fall scheint keine Rachitis zu sein, sondern, mit dem verwandt zu sein, was man beim Schwein als „Schnüffelkrankheit“ bezeichnet. Die starke Verengerung und Verlegung der Nase sieht aus wie eine direkte Wucherung, und hat auch klinisch keine Ähnlichkeit mit der menschlichen Rachitis. Er verweist auf die Arbeit von Schmorl über die Schnüffelkrankheit der Schweine. — Lehnerdt (Schlußwort) erwidert, daß ihm die am Schmorlschen Institut über die Schnüffelkrankheit der Schweine angestellten Untersuchungen sehr wohl bekannt sind, und zwar aus einer Mitteilung von Alexandra Ingier. Vortragender geht auf die von Ingier gegebene Schilderung des pathologisch-anatomischen Bildes des Skeletterkrankung bei der Schnüffelkrankheit der Schweine näher ein, muß aber nach den ihm bis jetzt vorliegenden Präparaten eine Identifizierung der bei dem Affen vorliegenden Skeletterkrankung mit der Schnüffelkrankheit der Schweine, die in allen wesentlichen Punkten mit der Ostitis fibrosa des Menschen übereinstimmen soll, ablehnen.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Cords: a) **Nystagmus horizontalis, bei dem nur Lesen mit senkrechter Zeilenstellung möglich ist.** — b) **Nystagmus bei Ausschluß eines Auges.** a) Geschwisterpaar, erstes und viertes Kind gesunder Eltern, deren zweites, drittes und fünftes Kind kein Augenzittern haben, leidet seit Geburt an Nystagmus. Derselbe ist bei beiden Kindern fast völlig gleich, rein horizontal; die Augen stehen keinen Moment ruhig und machen durchschnittlich 130 Schwingungen in der Minute. — Fall 1. Elisabeth P., 16 Jahre; rechts myopischer, links hyperopischer Astigmatismus von 4,0 D; Vis. rechts 6/60, links 6/36; in der Nähe rechts = 1. Jäger 1 bei senkrechter Zeilenstellung. Beim Lesenlernen drehte sie zuerst den Kopf und das Buch immer mehr, bis sie letzteres schließlich so stellte, daß die Zeilen senkrecht standen und der Oberteil derselben rechts lag. So wird jetzt stets Gedrucktes und Geschriebenes gelesen; Lesen mit wagerechten Zeilen ist nicht möglich, selbst nicht bei Jäger 12. Es wird nicht wesentlich langsamer gelesen wie von einem Normalen. Schreiben in normaler Stellung. — Fall 2. Heinrich P., 6 Jahre alt; beiderseits hyperopischer Astigmatismus von 2,5 D. mit senkrechter Achse. Vermag nur geschriebene deutsche Buchstaben zu lesen, wobei er Kopf und Buch stark seitlich geneigt hält. — Je zwei ähnliche Fälle wurden von Dimmer und Elschnig berichtet; erklärt werden sie durch Scheinbewegungen, welche nebeneinander liegende Buchstaben verschmelzen, übereinanderliegende aber nur in die Länge ziehen. — b) Fall 1. Hubert R., 11 Jahre alt, hatte als Kind Krämpfe. Vis. rechts $^1/_2$, links nicht $^1/_3$; geringes latentes Schielen. Bei unverdeckten Augen meist Ruhestellung, doch vermag Patient willkürlich einen beiderseitigen Nystagmus hervorzurufen. Dieser tritt unfehlbar auf bei Verdecken eines der beiden Augen, und zwar leichter und stärker bei Verdecken des rechten; nicht auslösbar ist er durch Vorhalten eines Prismas, Spiegels oder Maddoxstäbchens. — Fall 2. Heinrich R., 10 Jahre alt, litt als Kind an Krämpfen. Vis. rechts + 1,0 8/8; links + 1,0 8/18 zum Teil. Geringer Strabismus wurde durch dauerndes Tragen der Korrektion beseitigt. Bei freien Augen oder Verdecken des linken kein Nystagmus; derselbe tritt nur auf, wenn das bessere, rechte Auge verdeckt und mit dem linken ein ferner Gegenstand fixiert wird. — Fall 3. Jakob V., 37 Jahre alt. Beiderseits Emmetropie, Vis. rechts 6/6, links 6/60. Sehprüfung nur möglich durch Vorhalten eines verzerrenden Glases vor das nicht zu prüfende Auge, da bei Verdecken sowohl des rechten als auch des linken Auges ein schneller, ziemlich feinschlägiger binokulärer Nystagmus auftritt und zwar leichter bei Verdecken oder Verdunklen des amblyopischen Auges. Die Scheinbewegungen sind dabei so stark, daß Patient sich nur oberflächlich orientieren kann und der Verlust auch des schlechteren

Auges ihn völlig invalide machen würde. Fälle dieser Art sind in der Literatur nicht zahlreich. Von Fromaget wurden sie jüngst als latenter Nystagmus bezeichnet. Ihre Erklärung stößt auf erhebliche Schwierigkeiten.

(Niederrheinische Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde, Bonn, 19. Mai 1913.)

Frau Stelzner: **Schulärztliche Tätigkeit an höheren Schulen mit besonderer Berücksichtigung psychiatrischer Beobachtungen.** Die Beobachtungen an höheren Schulen können mit denen an Volksschulen nicht ohne weiteres verglichen werden, denn die Schülerinnen stehen erstens in höherem Alter, zweitens leben sie in günstigerem Milieu bzw. Wohnung und Ernährung, drittens werden höhere Anforderungen an sie gestellt. Zwei Phasen im Schulleben sind psychiatrisch besonders interessant: der Aufnahmestatus und die Entwicklungsjahre. Bei den „Schulrekruten" ist scharf zu scheiden zwischen „Schulunreifen" und „Debilen". Erstere versagen bei Fragen aus Unaufmerksamkeit, letztere sind wohl aufmerksam, können aber nicht richtig antworten; Debile sollen möglichst sofort an Hilfsschulen und dergleichen abgeschoben werden, bei den Unreifen genügt Zurückstellung auf ein oder zwei Semester. Eine Sonderstellung nehmen die hereditären Neuropathen ein, kenntlich an motorischen, sekretorischen und vasomotorischen Störungen. Weil die elterlichen Angaben einerseits sehr wichtig, anderseits die mündliche Anamnese recht zeitraubend ist, hat Vortragende zusammen mit Stadtrat Gottstein einen Fragebogen ausgearbeitet, der seit Herbst 1912 in Gebrauch ist und sich außerordentlich gut bewährt. Auf Wunsch der Eltern kann auf bestimmte Eigenheiten der Kinder Rücksicht genommen, der Einfluß der natürlichen oder künstlichen Säuglingsernährung auf die spätere Intelligenz sowie die körperliche Entwicklung studiert werden. Im ganzen hat Vortragende in fünf Semestern von 895 Schulrekrutinnen: 20 als schulunreif, 52 als debil, 11 als neuropathisch bezeichnet. Die Schulbehörden schließen sich in zunehmendem Maße ihrem Urteil bez. Ausschulung oder Rückstellung an, da bei den anfänglich bisweilen gegen ihren Rat nicht Ausgeschulten die Richtigkeit ihrer Diagnose regelmäßig offenbar wurde. Während der Entwicklungsjahre kommen in Betracht hysterische, manisch-depressive und epileptiforme Zustände. Das beste Mittel gegen Hysterie ist der Sport; daneben kräftiges Entgegenwirken gegen die Massensuggestionen. Vor, während und nach der ersten Menstruation kommen manische Zustände sehr häufig, beinahe physiologisch vor. Um die Mädchen recht rasch wieder in das seelische Gleichgewicht zu bringen, muß Schulärztin und Lehrer zusammenwirken. Die Lehrer müssen orientiert sein über die Gefahren der Pubertät, und in dauerndem Kontakt mit der Schulärztin. Um das Mädchen zu Haus richtig zu behandeln (Berufswahl!), müssen die Mütter durch Vorträge oder direkte Mitteilungen aufgeklärt werden. Die psychisch alterierten Mädchen sollen unbedingt aus der Schule fortbleiben (am besten in Landerziehungsheime!), aber nur kurze Zeit, um die günstige Wirkung des Elternhauses nicht allzulange auszuschalten. Der Vorteil aller dieser Maßnahmen wird sich besonders bei den „Berufsfrauen" zeigen, die heute — häufig infolge von Schulschädigungen! — öfter als die Männer ihren Beruf aussetzen müssen.

(Gesellschaft f. soziale Medizin, Hygiene u. Medizinalstatistik, Berlin, 24. Juni 1913.)

M. Bielschowsky (Berlin): **Über spätinfantile amaurotische Idiotie mit Kleinhirnsymptomen.** Vortr. berichtet über eine bisher noch wenig bekannte Form der familiären amaurotischen Idiotie, welche deshalb eine Sonderstellung einnimmt, weil im klinischen Bilde und in den pathologisch-anatomischen Befunden neben typischen Krankheitszeichen der amaurotischen Idiotie diejenigen einer hereditären Zerebellarataxie ausgeprägt sind. Es handelt sich um drei Kinder einer mit Epilepsie schwer belasteten Familie. Für Alkoholismus oder Lues der Eltern bestehen keine Anhaltspunkte. Krankheitsbeginn im 4. Lebensjahre. Krankheitsdauer bei den beiden älteren Kindern bis zum Exitus letalis etwa 4 Jahre. Das jüngste Kind lebt noch. Einsetzen der Erkrankung mit epileptischen Anfällen, denen eine ziemlich rasche Verblödung folgt. Statische und lokomotorische Ataxie in der ersten Periode der Krankheit deutlich ausgesprochen, später vollkommene Lähmung der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur mit leicht spastischen Zügen. Nach 2jährigem Bestehen des Leidens rascher Verlust des Sehvermögens bis zu völliger Blindheit. Ophthalmoskopischer Befund: Atrophia n. opt. und inselförmige atrophische Flecke der Retina ohne Pigmentanomalien. Anatomischer Befund bei der Sektion: Verminderung des Hirngewichtes, Verschmälerung der



Windungen im okzipitalen Gebiet der Hemisphären, Atrophie des Zerebellums, welche sich gleichmäßig über Wurm und Hemisphären erstreckt. Mikroskopische Befunde: Ubiquitärer Schafferscher Zellprozeß mit Bildung eines lipoiden Körpers, der als Vorstufe des gewöhnlichen gelben Zellpigmentes aufgefaßt werden muß. Graduelle Differenzen der Zellveränderung in verschiedenen Gebieten der Zentralorgane; am stärksten betroffen ist die Okzipitalregion der Hemisphären, welche in weiter Ausdehnung das Bild eines spongiösen Rindenschwundes bietet. Hier auch erheblicher Markfaserausfall und starke Reaktionserscheinungen von seiten der Neuroglia, die sonst geringfügig sind. Das atrophische Zerebellum zeigt in seiner Rinde eine weitgehende Sklerose. Die Schicht der Purkinjeschen Zellen ist stark gelichtet, das Stratum granulosum fehlt ganz. In dem Gebiet, welches normalerweise von den Körnerzellen eingenommen wird, liegt ein besonders dichter Wall von Gliafasern, welcher auf der einen Seite die afferenten, der Molekularschicht zustrebenden Fasern absperrt (Fehlen von Moos- und Kletterfasern), auf der anderen Seite die Axone der Purkinjeschen Zellen zu ganz atypischem Verlauf zwingt. An den Dendriten der Purkinjeschen Zellen ist die ballonförmige Auftreibung, die bei allen anderen Zelltypen fehlt, sehr ausgesprochen. Die Axone dieser Zellen haben ausnahmslos große kuglige Anschwellungen, welche aber nicht mit den Auftreibungen der Dendriten homologisiert werden dürfen, sondern auf die Einwirkung mechanischer, durch die subzellulare Sklerose bedingter Faktoren zurückzuführen sind. (Sie verraten keine direkte Beziehung zur hereditären Paralyse im Sinne Sträusslers.) Außerdem bestehen systematische Veränderungen an den Kleinhirnkernen, den Oliven und den zugehörigen Faserbündeln (schwere Degeneration der Nucl. dentati und der Bindearme; geringere Degeneration der Nucl. fastigii und Fibrae fastigio-segmentales, sowie der Oliven mit den Fibrae olivo-cerebellares). Der Gesamtbefund am Kleinhirn nähert sich dem von Lejonne und Lhermitte bei einem Fall von Hérédo-ataxie cérébelleuse erhobenen Befunde, welchen sie als Atrophie olivo-rubro-cérébelleuse bezeichnet haben. Die nosologische Stellung der mitgeteilten Krankheitsfälle ist leicht zu präzisieren; sie bilden eine Kombination von familiärer amaurotischer Idiotie mit hereditärer Kleinhirnataxie und sind ein Beweis nicht nur für die enge Verwandtschaft dieser Krankheiten, sondern der hereditären Degenerationen des Nervensystems überhaupt (Higier, Jendrassik, Nonne u. a.). Ähnliche, aber nicht identische Beobachtungen sind von Sträussler, Fickler und Jansky publiziert. Das ursprünglich scharf begrenzte Gebiet der amaurotischen Idiotie wird durch diese Fälle wesentlich erweitert.

(VII. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Breslau 1913, Neurolog. Zentralblatt 1913, Nr. 20.)

Voigt: **Hamburger Impfstatistik für 1912.** Im Jahre 1912 sind in Hamburg 24727 kleine Kinder erstimpfpflichtig gewesen. Von ihnen sind 5902, also fast 24%, ohne Impfschutz geblieben. Dieser hohe Prozentsatz fällt hauptsächlich den Privatärzten zur Last, die von 6300 Impflingen 37% wegen gefährdeter Gesundheit von der Impfung befreiten und unter rund 4000 Impfungen 15,5% Mißerfolge hatten, so daß 47% der Erstimpflinge, die durch Privatärzte zur Erledigung kamen, ohne Impfschutz blieben. Diesen schlechten Resultaten gegenüber dispensierte die Impfanstalt aus Gesundheitsrücksichten bei rund 17000 Impflingen nur in 16%; unter etwa 15000 Impfungen blieben nur 0,17% ohne Erfolg, so daß der Prozentsatz der ohne Impfschutz gebliebenen kleinen Kinder hier nur 16% beträgt. Insgesamt blieben also in Hamburg etwa 24% der Erstimpflinge ohne Schutz, gegenüber etwa 16% als Durchschnitt des ganzen Reiches. Dieser mangelhafte Impfschutz ist gerade für Hamburg als Seehafen nicht unbedenklich. Vortragender glaubt, daß die Privatärzte, insbesondere unter ihnen die der sogenannten Naturheilkunde zugewandten, allzu freigebig mit der Dispensierung vorgegangen seien, und fordert angesichts der dadurch möglichen Gefährdung der Volksgesundheit zu gewissenhafterem Vorgehen auf.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 17. Juni 1913.)

Löhlein: **Glaukom der Jugendlichen.** Auf Grund klinischer Untersuchungen über das Glaucoma juvenile, d. h., das nicht hydrophthalmische primäre Glaukom der ersten Lebensjahrzehnte, kommt Verf. zu der Überzeugung, daß in ätiologischer Hinsicht zwei Gruppen dieser jugendlichen Glaukome unterschieden werden müssen. Die erste kleinere Gruppe betrifft solche Fälle — vorwiegend schon dem vierten

Lebensjahrzehnt angehörend —, in denen es sich offenbar um ein früh auftretendes Altersglaukom handelt. Es gibt zweifellos Kranke mit frühzeitigen Gefäßschädigungen und Leute mit vorzeitigen senilen Veränderungen, die dann auch ihren bekannten Einfluß auf die Topographie des vorderen Bulbusabschnittes ausüben. Dieser sicher kleineren Gruppe von Fällen steht die überwiegende Mehrheit gegenüber, bei der alles dafür spricht, daß angeborene Entwicklungsstörungen ähnlich wie beim Hydrophthalmus congenitalis die entscheidende Rolle spielen. Ist es schon an sich unwahrscheinlich, bei einem so frühen Auftreten des primären Glaukoms erworbene Schädigungen vorauszusetzen, so gelingt es, eine ganze Reihe von Beweisen für die aufgestellte Behauptung beizubringen: Die Gruppe des „Glaukoms mit tiefer Vorderkammer" kommt nur im jugendlichen Auge zur Entwicklung und bildet etwa ein Fünftel der Fälle von juvenilem Glaukom. Sie ähnelt durch das frühzeitige Auftreten, durch die Tiefe der Vorderkammer sowie des Kammerwinkels und durch die fast regelmäßige Kombination mit Achsenmyopie auffallend dem Hydrophthalmus, dem sie auch ätiologisch verwandt sein muß. In sehr vielen Fällen — nachweislich mindestens in 20% der Fälle von juvenilem Glaukom — liegt Heredität vor. Auch in den Fällen von Glaukomfamilien, die zum Beweise der Heredität des Glaukoms bisher mitgeteilt wurden, handelt es sich fast stets um ein Glaukom in jungen Jahren. Da die einzige sicher nachgewiesene Grundlage der Erblichkeit der Glaukome bisher zu sehen ist in den angeborenen Anomalien des Baues, so liegt es nahe, auch die gefundene hochgradige Erblichkeit des juvenilen Glaukoms solchen angeborenen Entwicklungsanomalien zuzuschreiben, um so mehr, als diese auch am ersten verständlich machen, warum das erbliche Glaukom fast regelmäßig in den ersten Lebensjahrzehnten zum Ausbruch kommt. Hinweise auf das Vorhandensein solcher angeborener Anomalien finden sich außer in dem „Glaukom mit tiefer Vorderkammer" in der häufigen Kombination des erblichen juvenilen Glaukoms mit hereditärer Myopie, vor allem in der Tatsache, daß bei mehr als 50% aller Fälle von juvenilem Glaukom Entwicklungsstörungen des Auges schon klinisch nachgewiesen werden konnten, obwohl dieser Frage in vielen früheren Mitteilungen sicher keine genügende Beachtung geschenkt wurde. Sind diese klinisch festzustellenden Entwicklungsstörungen auch nicht immer derart, daß aus ihnen allein eine Disposition zum Glaukom abgeleitet werden kann, so spricht doch ihr außerordentlich häufiges Vorhandensein dafür, daß aus ihnen auf weitere Anomalien der betreffenden Augen geschlossen werden darf, die ebenso wie die Hemmungsbildungen im Filtrationswinkel bei Hydrophthalmus congenitalis der direkten Beobachtung am Lebenden unzugänglich sind, ihrerseits aber eine einfache Erklärung für das Zustandekommen glaukomatöser Prozesse in der Jugend abgeben. Besonders beweisend war in dieser Hinsicht neben vielen Einzelbeobachtungen der Befund bei einer Glaukomfamilie: Von vier Schwestern erkrankten die erste, zweite und vierte zwischen ihrem 10. und 17. Lebensjahre an primärem Glaucoma simplex juvenile, während die dritte einen beiderseitigen typischen Hydrophthalmus congenitalis aufwies. Ist schon an sich das kollaterale Auftreten Grund genug, ähnliche erbliche, angeborene Entwicklungsstörungen, wie sie dem Hydrophthalmus zugrunde liegen, in diesem Falle auch als Ursache des juvenilen Glaukoms der drei Schwestern anzunehmen, so wird diese Überzeugung noch dadurch verstärkt, daß eine der Schwestern mit Glaukom eine A. hyal. pers., eine andere erhebliche Anomalien der Netzhautgefäße und teilweisen Schichtstar zeigte. Das dem Vortrag zugrunde liegende klinische Material wird ausführlich in v. Graefes Archiv für Ophthalmologie 1913 erscheinen.

(Greifswalder Mediz. Verein, 6. Juni 1913.)

Franz (Berlin): **Berufsschulen für tuberkulosegefährdete Kinder.** Das hygienisch-diätetische Heilverfahren verlangt möglichst lange ausgedehnt zu werden. Besonders vorherrschend ist das Bedürfnis nach einer Kur auf dem Lande bei Beschäftigung im Freien. Nach Beendigung einer Kur empfiehlt es sich nicht, die Patienten wieder in die Großstadt an die Arbeit zu schicken, sondern es ist ratsam, sie vielmehr in gewisser beruflicher Beschäftigung noch auf dem Lande zu halten. Aus diesem Bedürfnis heraus hat man für Knaben eine landwirtschaftlich-gärtnerische Betätigung gewählt. Diese Einrichtung hat sich gut bewährt. Daneben hat man sich jedoch entschlossen, die Knaben auch zu einer industriellen gewerblichen Betätigung heranzuziehen. Für Mädchen hat man ebenfalls Berufsschulen gegründet. In Hohenlychen ist eine solche für Mädchen eingerichtet, der

eine Haushaltungsschule angegliedert ist in der Überzeugung, daß für jedes Mädchen die Erlernung des Haushaltes im Vordergrunde steht. Neben dem Haushalt lernen die Mädchen in der Schule Feinstickerei und gröbere Handfertigkeiten, je nach Anlage. Die bisherigen Erfolge sind sehr ermutigend. Die Knaben werden in einer Gärtnereischule, die der Landwirtschaft angegliedert ist, beschäftigt. Des ferneren ist eine unter modernsten hygienischen Kautelen eingerichtete buchgewerbliche Abteilung geschaffen worden. Das Problem „Einrichtung von Berufsschulen" ist sicher ein zweifellos sehr schwieriges, aber ein unerläßliches, sozialhygienisches Erfordernis.

Wolff (Reiboldsgrün): In Reiboldsgrün besteht eine Berufsschule, wo Kinder, die einigermaßen gesundheitlich vorwärtsgebracht sind, zu landwirtschaftlichen Arbeiten herangezogen werden. Die Kinder arbeiten freudig und haben sich wundervoll erholt.

A. Baginsky (Berlin) betont, daß wir jetzt in der Lage sind, für Kinder, seien es Säuglinge oder Schulpflichtige, zu wirken, während wir für sie, sobald sie aus der Schule heraus und im Beruf tätig sind, nicht die Handhabe haben, uns weiter um sie zu kümmern. Diese Kinder sind dann die Kanditaten für die Lungenheilstätten. Daher ist die Vorbereitung für den Beruf, wie sie in Hohenlychen stattfindet, nur zu begrüßen. Die Berufe für lungenkranke junge Leute müssen sorgfältig ausgesucht werden.

v. Rosen (Stockholm): In Schweden ist im Anschluß an eine Pflegeanstalt eine Berufsschule für Knaben und Mädchen eingerichtet worden. Es hat sich als unzweckmäßig erwiesen, nach der Kur die Kinder in die Heimat zurückzusenden, besonders, wenn die Eltern unhygienisch leben. Es ist als günstiger erkannt worden, den Zöglingen Gelegenheit zu geben, in der Kolonie einen Beruf zu erlernen. Auch erhalten die Knaben Unterricht in der Tischlerei, Gärtnerei und Landwirtschaft und die Mädchen in Weberei, Näherei und Kochen.

Magnan (Berlin) lenkt die Aufmerksamkeit auf die gefährlichen Verhältnisse, unter denen besonders jugendliche Angestellte in Restaurants und Caféhäusern unter der schlechten Luft zu leiden haben. Die Sterblichkeit unter diesem Personal ist sehr bedeutend. Redner verbreitet sich dann über die Staubverhältnisse in den Buchdruckereien und glaubt, daß man mit dem Kampf gegen die schlechte Luft gleichzeitig auch einen wirksamen Kampf gegen die Tuberkulose führen könne. (XI. Internat. Tuberkulose-Konferenz, 22.—25. Oktober 1913.)

A. Bruck (Berlin) und Pannwitz (Hohenlychen): **Bedeutung der Heilstättenkuren für tuberkulöse Kinder.** Die Resultate der Heilstättenkuren sind um so günstiger, je häufiger die Kinder der Heilstätte zugeführt werden, und je länger bzw. je häufiger das Heilverfahren zur Einwirkung gelangt. Die Winterkuren haben sich sehr bewährt. Gerade die hygienisch-diätetische allgemeine Behandlung,wie sie ein durch langjährige Erfahrungen erprobter und in bestimmte Normen gebrachter Heilstättenbetrieb gewährleistet, ist besonders wirksam, nicht zum mindesten durch den erzieherischen Einfluß auf die Kinder. In dem Hohenlychener Heilstättenbetriebe schließt sich an die eigentliche Behandlung noch eine Beschäftigungskur und weiterhin eine gesundheitliche, einwandfreie Unterweisung zu beruflicher Tätigkeit an. Den für die Jugendfürsorge zuständigen Faktoren, insonderheit den Gemeinden, erwächst durch die rechtzeitige freiwillige Übernahme der Kosten einer Heilstättenkur ein Gewinn, nicht nur in idealer, sondern auch in ökonomischer Hinsicht durch Ersparung der sonst später in höherem Maßstabe notwendig werdenden Unterstützungskosten.

(XI. Internat. Tuberkulose-Konferenz, 22.—25. Oktober 1913.)

III. Neue Bücher.

W. Birk, **Leitfaden der Säuglingskrankheiten.** Bonn, Verlag von A. Marcus & E. Weber. Preis 4,80 M.

Das kleine Buch dient rein praktischen Zwecken; es ist deshalb alles Theoretische nur gestreift, Symptomatik und Therapie aber eingehend erörtert. „Eingehend" heißt jedoch nicht „weitschweifig". Im Gegenteil: der Verfasser hat es ausgezeichnet verstanden, in wenigen Worten alles Wichtige und Wissenswerte zu sagen, Direktiven für die praktische Tätigkeit zu geben und bei allen schwie-

rigen Fragen den Weg zu weisen, der am schnellsten und besten zum Ziele führt. Daß die Ernährungsstörungen einen breiten Raum einnehmen, ist selbstverständlich. Aber auch die anderen Kapitel sind keineswegs stiefmütterlich behandelt. So wird das Buch (das auch 25 Abbildungen enthält) dem Studenten und Arzt die besten Dienste leisten. Grätzer.

Bücherei der Gesundheitspflege. Verlag E. H. Moritz, Stuttgart.

Diesen kleinen billigen Büchern ist die weiteste Verbreitung im Publikum dringend zu wünschen. Unsere besten Autoren wenden sich hier direkt aus ihrer reichen Erfahrung heraus an den Laien, um ihn durch ihre Darlegungen und Ratschläge vor Krankheiten zu bewahren — welcher Vernünftige wird dagegen die Elaborate unserer „berühmten" Kurpfuscher eintauschen wollen. Uns liegen 3 Bändchen der Sammlung vor: „Hygiene der Zähne und des Mundes" von Prof. Port, „Hygiene der Lunge" von Prof. v. Schrötter, „Hygiene des Auges" von Prof. v. Sicherer. Alle 3 Werkchen sind in zweiter Auflage erschienen, ein Zeichen, daß es doch genug „Vernünftige" gibt, die lieber den Inhalt dieser vortrefflichen Schriftchen zum Fundament ihres hygienischen Verhaltens machen, als die erwähnten „Arbeiten" der Laienhygieniker. Grätzer.

P. Frangenheim, **Die Krankheiten des Knochensystemes im Kindesalter.** Stuttgart, F. Enke. Preis 14,80 M.

Der Stoff, eingeteilt in „Angeborene Systemerkrankungen" und „Erworbene Systemerkrankungen", wird auf 264 Seiten abgehandelt, in die 95 Abbildungen eingestreut sind; es folgt eine Literaturangabe, die 84 Seiten einnimmt. Schon die letztere Angabe zeigt, wie gewissenhaft der Verfasser sein Thema bearbeitet hat und welchen Nutzen das Werk jedem, der sich über das Gebiet orientieren will, bietet. Aber auch der Text selbst und die Abbildungen sind vortrefflich, so daß das Werk dem Kinderarzt und jedem Praktiker aufs wärmste empfohlen werden kann. Grätzer.

A. Blencke, **Orthopädische Sonderturnkurse.** Stuttgart, F. Enke. Preis 8 M.

Wir haben bereits 2 Werke über orthopädisches Schulturnen: Schmidt-Schröder und Echternach. Aber auch wer diese besitzt, wird Verf.s Buch nicht sich überflüssiger Weise anschaffen, sondern wird auch dieses mit großem Nutzen studieren und manches finden, was er dort vergebens sucht, manches entdecken, was dort zwar dargestellt und erörtert ist, bei Verf. aber doch noch anders beleuchtet wird. Wer aber vor die Frage gestellt wird: „Welches von den 3 schaffe ich mir an?", dem hier eine Weisung zu geben, ist ungemein schwierig. Jedenfalls kann Verf.s Buch unbedingt empfohlen werden. 60 ausgezeichnete Abbildungen bilden eine Zierde des Werkes und fördern in bester Weise das Verständnis für die betreffenden Fragen. Grätzer.

Gulecke, **Chirurgie der Nebenschilddrüsen (Epithelkörper).** Stuttgart, F. Enke. Preis 8,40 M.

Noch ist sehr vieles in diesem Gebiet noch ungeklärt, noch harren die verschiedensten Fragen der Beantwortung. Der Verfasser hat mit großem Geschick das schwierige Thema bearbeitet und uns eine klare Übersicht gegeben über das, was dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft entspricht. Er hat sein Buch in 6 Abschnitte zerlegt: 1. Geschichtliches. 2. Anatomie der Nebenschilddrüsen. 3. Entwicklungsgeschichte. 4. Physiologie und experimentelle Pathologie. 5. Die pathogenetische Bedeutung der Nebenschilddrüsen für die Tetanie des Menschen. 6. Spezielle Pathologie der Nebenschilddrüsen. Das Buch enthält dazu 22, teils farbige Abbildungen. Grätzer.

Brauer, **Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung.** Würzburg, C. Kabitzsch.

Das uns vorliegende 2. Heft des II. Bandes enthält: Levi, Über abortiven Scharlach in den ersten Lebensmonaten, Aaser, Über Meningokokkenserum, Detre, Theorie und Praxis der Vakzinationsbehandlung, Orlovius, Beeinflussung infektiöser Erkrankungen, speziell der des Wochenbettes, durch Salvarsan bzw. Neosalvarsan, Döllner, Die puerperale Infektion vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus, Herxheimer, Über Lymphogranulomatose, besonders vom ätiologischen Standpunkt aus, Porges, Serodiagnostik der Syphilis mittels der Präzipitationsmethoden. — Ein recht reicher Inhalt also, eine Reihe von Arbeiten, die auch den Praktiker sehr interessieren. Grätzer.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Dr. Rehberg, Chefarzt der Chirurgisch-orthopädischen Abteilung der Krüppelheilanstalt Bethesda in Angerburg, ist zum Hilfsarbeiter in der Medizinal-Abteilung des Ministeriums des Innern und bei der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen ernannt.

Berlin-Neukölln. Die Schulzahnklinik soll am 1. Mai eröffnet werden. Dem Berliner Lokalkomitee für Zahnpflege in den Schulen sind Betrieb und Einrichtung der Klinik übertragen. Ein Oberarzt, zwei Assistenzärzte und eine Schwester stellt das Komitee. Zahnziehen und Behandlung der kariösen Zähne ist kostenlos. Die Behandlung für Kind und Jahr kostet im Abonnement 1,50 M. Bei mehr als drei Kindern in einer Familie zahlen sämtliche Kinder 3 M. Bedürftige Kinder werden kostenfrei behandelt.

Breslau. o. Hon.-Prof. Ludloff hat den Ruf nach Frankfurt a. M. angenommen, einen gleichzeitig nach Berlin ergangenen Ruf als Nachfolger des verstorbenen Prof. Joachimsthal hat er abgelehnt; als Assistenten gehen mit ihm die DDr. Bauer und W. V. Simon. Mit der interimistischen Leitung der orthopädischen Poliklinik in Berlin ist der bisherige I. Assistent Dr. Peltesohn beauftragt worden. (Dieser ist auch in unserem Blatte als Referent an die Stelle von Joachimsthal gefunden.

Münster i. W. Der verstorbene Kommerzienrat Piepmeyer hat 2 Millionen Mark für schwächliche und in der Entwicklung zurückgebliebene Kinder ohne Unterschied der Konfession gestiftet.

München. Die Bayerische Landesanstalt für krüppelhafte Kinder und orthopädische Klinik ist in Gegenwart des Königspaares am 26. März eingeweiht worden. Die Anstalt bietet 150 Zöglingen Raum, enthält 90 Krankenbetten und ist im übrigen mit allen modernen Einrichtungen versehen. Der Direktor der Anstalt, Prof. Lange, hat Titel und Rang eines Geheimen Hofrates erhalten. Der König hat 10000 M. für Freibetten gestiftet.

III. Deutscher Kongreß für Krüppelfürsorge, Heidelberg, 3. Juni. Vorsitzende: Geheimrat Dr. Becker (Freiburg) und Prof. Vulpius (Heidelberg). Am 4. Juni findet unter Führung des leitenden Arztes, Prof. Vulpius, eine Besichtigung des Landeskrüppelheims in Heidelberg, sowie des Sanatoriums für Knochen-, Gelenk- und Drüsenleiden in Rappenau statt.

VI. Versammlung der Schulärzte Deutschlands 5. Juni Stuttgart. Verhandlungsthemen: Der Schularzt an der Fortbildungsschule, Ref.: Dr. Gottkant (Schöneberg). Der schulärztliche Dienst an höheren Knaben- und Mädchenschulen, Reff.: Dr. Helenefriederike Stelzner (Charlottenburg) und Hofrat Doernberger (München). Näheres durch Dr. Stephani (Mannheim).

Gestorben. Thomas M. Rotch, Prof. der Kinderheilkunde an der Harvard University, am 9. März in Boston, 64 Jahre alt.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

19. Jahrgang. 1. Juni 1914. Nr. 6.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Bendix, Zur Frage des Zuckerzusatzes bei der unnatürlichen Ernährung. (Ztschr. f. Kindhlk. 6. 1913 H. 5 u. 6. S. 467.) Die Frage der Zuckerart als Zusatz zur Säuglingsnahrung wird von verschiedenen Autoren verschieden beantwortet. Bei der großen Preisdifferenz, die zwischen den Zuckersorten besteht, ist die Frage nach der Wertigkeit der verschiedenen Zuckerzusätze von großem Interesse. Zur Klärung der Frage hat Verf. an 13 Säuglingen mit normalem Stuhlbefund und befriedigendem Gewichtsansatz Fütterungsversuche mit verschiedenen Zuckerarten durchgeführt.

Die Versuche ergaben, daß es für die Entwicklung des Säuglings nicht gleichgültig ist, welcher von den verschiedenen Zuckerarten (wie Milch-, Rüben- oder Malzzucker) der Nahrung zugesetzt wird. Die verschiedene Wertigkeit der einzelnen Zuckerarten läßt sich in einwandfreier Weise an der Gewichtskurve nachweisen. Der Milchzucker ist entschieden in bezug auf den Gewichtsanstieg minderwertig. Erheblich höher ist der Rübenzucker zu bewerten, dessen Leistungsfähigkeit noch gelegentlich vom Malzzucker übertroffen wird.

Am deutlichsten macht sich in den Versuchen die Überlegenheit des Rübenzuckers gegenüber dem Milchzucker bemerkbar. Bei 7 Säuglingen unter 11 gleich 64% stieg der tägliche Gewichtszuwachs bei Rübenzuckerverabreichung im Anschluß an eine Milchzuckerperiode mehr oder minder hochgradig an, so daß ein Ansatz um das Doppelte bis 3 bis 10 fache und mehr im Tage gegen früher stattfand. In dem einen Fall, wo im Anschluß an Malzzucker sowohl bei Rüben wie bei Milchzuckerfütterung eine erhebliche Abnahme unter diarrhoischen Stühlen erfolgte, war das Kind während der Rübenzuckerperiode immer noch etwas im Vorteil. Bei 3 Kindern ließ sich eine Überlegenheit des Rübenzuckers nicht nachweisen: Gewichtsansätze waren während der Rübenzuckerperiode ungefähr die gleichen wie in der Milchzuckerperiode.

Die größere Leistungsfähigkeit des Rübenzuckers für den Ansatz, dokumentiert sich nun nicht allein durch die mittels der Wage nachweisbare, recht erheblich größere Körpergewichtszunahme während einer Periode, sondern in einzelnen Fällen auch durch den gleichmäßigen stetigen Anstieg der Gewichtskurve. Während beim Milchzuckerzusatz trotz im ganzen steigender Gewichtstendenz die Zunahme öfters durch geringere oder größere Gewichtsstürze unterbrochen wird, und dadurch die Gewichtslinie zick-zackförmig und

unregelmäßig erscheint, geht die Kurve bei Rübenzuckernahrung in einzelnen Fällen fast ohne Unterbrechung gleichmäßig und ziemlich steil in die Höhe (Fall 4, 5, 11). Dieser besondere Entwicklungsgang prägt sich bei ganz gesunden Kindern, wie es Verf. in der Privatpraxis und Säuglingsfürsorge beobachtete, noch markanter aus, als bei den hier zum Versuch verwendeten Kindern, von denen ein Teil sich in der Rekonvaleszenz nach Ernährungsstörungen befand, ein Teil unterernährt war.

Über den Ansatz bei Malzzuckerzusatz zur Säuglingsnahrung liegen 8 Versuche vor. In 6 Fällen, d. h. in 75% tritt seine Überlegenheit gegenüber den beiden anderen Zuckerarten deutlich hervor, u. zw. ist sie im höheren Maße dem Milchzucker, aber auch dem Rübenzucker gegenüber erkennbar ausgesprochen. Besonders stark tritt sie im Fall 7, 8, 12 und 13 hervor. In zwei Fällen (9, 11) läßt sich von einer Beeinflussung des Gewichtes in günstigem Sinne durch Malzzuckerzusatz nicht sprechen. Schick (Wien).

Brückner, Zur Frage der fortgesetzten Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Kehlkopfstenose. (Ztschr. f. Kindhlk. 6. 1913 H. 5 u. 6. S. 500.) Die Erfolge der Intubation sind neben anderen wesentlich von der Übung der Ärzte abhängig. Die fortgesetzte Intubation hat sich in seinem Krankenhaus nicht bewährt. Gleichwohl hält Verf. am Intubationsverfahren fest.

Schick (Wien).

Cattaneo Cesare, Untersuchungen über die Reaktion auf humanes und bovines Tuberkulin in der Kindheit. (Ztschr. f. Kindhlk. 6. 1913 H. 5 u. 6. S. 506.) Vergleichende Untersuchungen mit humanem und bovinem Tuberkulin an 62 Kindern. Das Resultat derselben ist folgendes:

Reaktion nur auf menschliches Tuberkulin 7 mal (15,5%). Stärkere Reaktion auf menschliches als auf Rindertuberkulin 6 mal (13,3%). Reaktion von gleicher Stärke 14 mal (31,1%). Stärkere Reaktion auf Rindertuberkulin als auf menschliches 9 mal (6,6%). Reaktion nur auf Rindertuberkulin 7 mal (15,5%).

Bei 17 Kindern mit chirurgischen Erkrankungen erhielt Verf.:

Reaktion nur auf menschliches Tuberkulin: kein Fall (0%). Stärkere Reaktion auf menschliches Tuberkulin als auf Rindertuberkulin: kein Fall (0%). Reaktion von gleicher Stärke 6 mal (35,3%). Stärkere Reaktion auf Rindertuberkulin als auf Menschentuberkulin 3 mal (17,9%). Reaktion auf Rindertuberkulin 8 mal (47%).

Es ist Tatsache, daß bei den chirurgischen Formen Knochen — Darmdrüsen — bei Tuberkulösen die Vorherrschaft der Rinderreaktion unleugbar ist. Bei dem gegenwärtigen Stand der Dinge ist es nicht gestattet, auf Grund des Ausfalles der biologischen Reaktionen die Möglichkeit zu leugnen, daß der Bazillus der Rindertuberkulose beim Kinde vorzugsweise in lokaler und abgeschwächter Form sich äußert, vielmehr sprechen die Erfahrungen für eine solche Möglichkeit.

Schick (Wien).

Richard Lederer, Über „Bronchotetanie". (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 1 u. 2. S. 1.) Bei spasmophilen Kindern werden, manch-

mal als selbständige Krankheit, manchmal gleichzeitig mit anderen Erscheinungen dieser Konstitutionsanomalie, die Bronchialmuskeln von einem tonischen Krampf befallen. Infolge dieses Krampfes kommt es zu einem Abschluß der von den betreffenden Bronchien (es handelt sich vor allem um die kleineren und kleinsten Äste) versorgten Alveolen von der äußeren Luft. Die in demselben befindliche Luft wird im Laufe des manchmal nur kurze Zeit, manchmal aber wochenlang bestehenden Krampfes resorbiert, so daß die betreffenden Lungenpartien in größerer oder geringerer Ausdehnung atelektatisch werden. Ferner kommt es bei dieser Erkrankung in analoger Weise, sowie bei den Karpal- und Pedalspasmen Ödeme in denjenigen Hautpartien auftreten, die über den von Krampf befallenen Muskelgruppen liegen, auch hier zu einem Austritt von Flüssigkeit aus dem Gewebe in das freie Lumen der Bronchien.

Unter 58 Fällen von Spasmophilie konnte Verf. 6 finden, an denen spasmophile Erscheinungen von seiten der Bronchialmuskulatur beobachtet wurden. Von diesen betrafen 5 Knaben und 1 Mädchen.

Entsprechend der Auffassung, daß es sich hier um eine den übrigen Erscheinungen der Spasmophilie vollkommen koordinierte Erkrankung handelt, können nun die Bronchialmuskeln zuerst und bisweilen ganz isoliert erkranken, während in anderen Fällen auch das eine oder das andere Symptom der manifesten Spasmophilie vorher oder gleichzeitig mit in Erscheinung tritt. Als Beispiel sei der Fall 1 angeführt. Es handelt sich um ein 9 Monate altes, rachitisches Kind, das früher immer ganz gesund war. Seit 3 Wochen ist ohne eine den Eltern bekannte Ursache Stimmritzenkrampf aufgetreten, dessen Anfälle sich mehr und mehr häuften. Vor 3 Tagen begann eine schwere Eklampsie, in deren Verlauf das Kind einmal 24 Stunden bewußtlos war. Das etwas überernährte, schlaffe Kind zeigt bei der Aufnahme das voll entwickelte Bild der „akuten Tetanie“, enorme Karpopedalspasmen, fortwährend sich wiederholende laryngospastische Anfälle, sehr lebhaftes Chvosteksches Phänomen und elektrische Übererregbarkeit. Die Beteiligung des Respirationtraktes ist sofort auffallend. Die Atmung ist angestrengt und keuchend; Nasenflügelatmen und ausgiebige Einziehungen am Rippenbogen verraten die große Anstrengung beim Atmen. Die physikalische Untersuchung ergibt ausgebreitete Dämpfung an beiden Rückenseiten, die sich in der Axilla beiderseits scharf nach vorn abgrenzt; über den vorderen Lungenpartien besteht tympanitisch klingender, heller Schall mit Tiefstand der Lungengrenzen und Überlagerung der Herzdämpfung. Über der Dämpfung ist hohes bronchiales Atmen, vorn normales Vesikuläratmen zu hören. Die Temperatur bewegt sich zwischen 38 und 39°. Der Zustand hält sich durch 3 Tage vollkommen stationär. Am dritten Tage ist die Zyanose ganz enorm, die Atmung jagend und weithin hörbar. Über den gedämpften Lungenpartien ist klein- und mittelgroßblasiges Rasseln zu hören, und unter zunehmender Zyanose und Dyspnoe und schwächer werdender Herztätigkeit tritt, 3 Tage nach der Aufnahme, der Exitus ein. Im 2. Fall wurde die Spasmophilie zuerst und durch einige Tage ausschließlich an den Bronchialmuskeln manifest. Erst am Tage des Todes trat Laryngospasmus auf. In einem zweiten derartigen

Anfall von Laryngospasmus starb das Kind. Der spasmogene Krampfzustand der Bronchialmuskeln kann wochenlang als alleiniges Symptom der manifesten Tetanie bestehen. Im 6. Fall blieb er überhaupt das alleinige Symptom. Diese spasmophilen Erscheinungen verschwanden in diesem Fall zeitweise und traten dann wieder auf. Alle 6 Fälle führten zum Tode. Verf. meint, daß bei rechtzeitiger Diagnose leichtere Fälle sicherlich geheilt werden könnten (Phosphorlebertran, Mehldiät, kleine und häufige Mahlzeiten). Die Diagnose ist schwierig. Bei allen Fällen findet man eine mehr minder hochgradige Dyspnoe (— 120 Respirationen in der Minute), Nasenflügelatmen, Einziehungen am Rippenbogen. Die physikalische Untersuchung ergibt Dämpfungsbezirke über gewissen Lungenpartien, während über anderen wieder Zeichen eines vikariierenden Emphysems kenntlich werden. Im Bereich der Dämpfung hört man Bronchialatmen, sehr oft klein- bis mittelgroßblasiges, klingendes Rasseln, bisweilen Knisterrasseln. Anatomisch liegt diesen Veränderungen Atelektasenbildung mit Austritt von Ödem zugrunde. Der Befund ist wohl schwer zu deuten, insbesondere ist Pneumonie klinisch schwer abzugrenzen. Die Unterscheidung gelingt durch Röntgenuntersuchung sehr gut. Die Therapie der Erkrankung deckt sich mit der Therapie der Spasmophilie.

Schick (Wien).

Armando Frank, Vergleichende Untersuchungen über die Ausnützung von Vollmilch und kaseinfettangereicherter Kuhmilch. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 151—156.) Stoffwechselversuche an 2 Säuglingen ergeben gute Ausnützung der Kohlehydrate. Es scheint weder durch Fett, noch durch Eiweißsteigerung in der Nahrung eine Beeinträchtigung der Kohlehydratresorption stattzufinden. Selbst die Anwesenheit von viel Fett und viel Eiweiß ist hierfür belanglos. Bei hoher Eiweißzufuhr steigen die Stickstoffwerte im Harn, bei niedrigem Eiweißangebot kommt trotzdem positive Stickstoffbilanz zustande. Eine Störung der Stickstoffresorption durch Kohlehydrate ist nur dann zu erwarten, wenn infolge pathologischer Gärung Durchfälle auftreten. Die Fettresorption ist bei Ernährung mit Vollmilch besser, doch kommen die Kinder bei Ernährung mit Kaseinfettmilch reichlich auf ihre Kosten. Schick (Wien).

Paula Philippson, Über die Entwicklung junger Säuglinge bei künstlicher Ernährung. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 157 bis 176.) Erfahrungen in den Säuglings- und Mutterberatungsstellen von Frankfurt a. M. Als Ausgangsnahrung wurde Kuhmilch und Zuckerlösung, seltener Kuhmilch u. gezuckerte Haferschleimabkochung gewählt. Nach einigen Wochen wurde regelmäßig als Zugabe Haferschleimabkochung gewählt. Die Resultate sind ausgezeichnete.

Schick (Wien).

Hans Aron, Ein Fall von Pentosurie im frühen Kindesalter. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 177—184.) 5 Jahre alter Knabe, jüdischer Abstammung, der seit dem 3. Lebensjahre anfallweise migräneartige Kopfschmerzen mit Erbrechen, verdrießlicher Stimmung zeigte. Der untersuchte Harn ergab eine reduzierende Substanz, die Zuckerproben (Fehling, Trommer) waren positiv, die Gärungsprobe

dagegen negativ. Bei genauer Analyse ergab sich, daß der im Harn ausgeschiedene Zucker inaktive d-l-Arabinose war. Die Prognose solcher Fälle ist im Gegensatz zum Diabetes mellitus eine günstige, die Störung ist eigentlich gar keine Krankheit, die therapeutische Maßnahmen erfordert. Schick (Wien).

Karl Blühdorn, Untersuchungen über die therapeutisch wirksame Dosierung von Kalksalzen mit besonderer Berücksichtigung der Spasmophilie. (Mschr. f. Kindhlk. 12. S. 185—211.) Eine sichere Wirkung von Kalksalzen kann nur durch hohe Gaben erreicht werden. Dabei erweisen sich die verschiedenen Salze äußerst different, indem ihre Wirkung von dem Ca-Gehalte und von dem Grade der Resorbierbarkeit abhängt. Die Wirkung tritt bei hoher Dosierung innerhalb weniger Stunden ein, geht jedoch nach Aussetzen der Medikation sehr rasch vorüber. Der Kalk ist für die Behandlung akuter spasmophiler Erscheinungen sehr wertvoll, wenngleich man im akuten Krampfanfall auf das Chloralhydrat nicht verzichten soll. Man wird gleichzeitig mit der Kalkdarreichung beginnen, wobei man auf die Ernährung keine besondere Rücksicht zu nehmen braucht. Man kann durch fortgesetzte große Kalkgaben (2—3 g Ca chlor. oder brom.) auch spasmophile Erscheinungen bis zur Genesung dauernd verhindern. Die elektrische Erregbarkeit ist aber dauernd nicht zu beeinflussen. Der Kalk ist ein symptomatisch sicher wirkendes Mittel, dessen Wirkung mit dem Aufhören der Darreichung erlischt. Schick (Wien).

Richard Lederer, Beiträge zur Klinik und Pathologie der Lungentuberkulose des Säuglings. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 211—221.) Bericht über 6 Fälle von Säuglingstuberkulose, deren Erkrankung nicht zur Generalisierung bzw. zum Exitus führen. Die Ansicht von der überaus tristen Prognose der Säuglingstuberkulose ist daher nicht richtig. Schick (Wien).

A. Hayashi, Über das Verhalten des Fettes in der Leber bei atrophischen Säuglingen und bei Inanition. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 221—228.) 8 Fälle von Atrophie. In 5 Fällen enthielt die Leber weder Fett noch lipoide Substanz, obwohl Zerstörungserscheinungen ganz fehlten. In einem Fall war das Fett größtenteils geschwunden. Diese Reste waren so unbedeutend, daß sie eher den Befunden beim Hungertod entsprechen. In 2 Fällen fand sich Verfettung der Leber. Bei dem einen dieser Fälle handelt es sich um Cholesterin-Glyzerinesterverfettung, beim zweiten Fall um Glyzerinesterverfettung. Schick (Wien).

Erich Aschenheim, Die Anwendung von Calcium lacticum bei Ernährungsstörungen von Säuglingen. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 229—233.) Im Bestreben, für poliklinisch zu behandelnde Ernährungsstörungen ein billiges, die Eiweißmilch zum Teil ersetzendes Mittel zu haben, hat Verf. Calcium lacticum als Zusatz zur Nahrung verwendet. (Leichte Dyspepsien, Dekomposition mit Dyspepsie, infektiöse parenterale Dyspepsien, Dyspepsien der Rachitiker im ganzen 61 Fälle.) Die Kinder erhielten 7—10 g Calcium lacticum (70—100 cm^3 der 10% Lösung) pro die.

Die Erfahrungen sind nicht ungünstig, wenn auch nicht so gut wie mit Eiweißmilch. Am besten reagieren die Fälle alimentärer leichter Dyspepsie. Schick (Wien).

A. Dutoit (Montreux), Über Aristolöl in der Augenheilkunde. (Kind. A. 1914 Nr. 4.) Ferreskasan besitzt einen Gehalt von 0,36% metallischen Eisens in Form einer neutralen Eisensaccharatlösung, dargestellt aus stets frischen Fällungen von Eisenoxyd, um die weitgehendste Resorption zu gewährleisten, in Verbindung mit Salzen der Glyzerophosphorsäure und in geringen Mengen der Kakodylsäure. Die übrigen Bestandteile sind Saccharose, Aromatika und Alkohol (ca. 1%). Die Firma Scheller & Cie., A.-G., Zürich, welche Ferreskasan in den Handel bringt, legt einen ganz besonderen Wert darauf, daß die Fällungen von Eisenoxyd stets frisch sind.

Dieses Präparat hat Verf. in Verbindung mit der örtlichen Anwendung des Aristolöls bei der Behandlung lymphatisch-skrofulöser Augenleiden bemerkenswerte Dienste geleistet. Über Anwendung s. folgenden Fall:

Blepharitis sicca-squamosa bei einem 9 jährigen Mädchen mit geschwollenen Halsdrüsen. Hämoglobin 60%.

Tägliche Bestreichung der Lidränder mit Aristolöl unter Benützung eines steifen Haarpinsels. Dauer der Behandlung 25 Tage. Gleichzeitig Ferreskasan, dreimal täglich ein Eßlöffel voll.

Unmittelbares Ergebnis: Lidränder frei von Schuppen und Krusten, ohne Spur von Rötung. Allgemeinzustand befriedigend. Appetit vorzüglich. Hämoglobin 80%. Drüsenschwellungen am Hals zurückgegangen. Ferreskasan wie bisher.

Kontrolle nach vier Wochen: Lidränder gesund. Hämoglobin jetzt 90% Entlassen.

Verf. fügt bei, daß er Aristolöl ständig bei traumatischen Erosionen der Hornhaut und zur Nachbehandlung bei Fremdkörperauskratzungen, bei Conjunctivitis angularis, bei Conjunctivitis neonatorum nongonorrhoica, bei Keratoconjunctivitis catarrhalis anwendet, und daß das Präparat wegen seiner raschen, milden und sicheren Wirkung uneingeschränktes Vertrauen und weiteste Verbreitung verdient. Grätzer.

Arneth, Über die Behandlung der akuten Bronchitis, Bronchiolitis und Bronchopneumonie bei Säuglingen und jungen Kindern, speziell mit heißen Bädern. (Aus der Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses in Münster i. W.) (D. m. W. 1913 Nr. 39.) Strikte Indikationen für die etwa ausschließliche Anwendung kalter, kühler, lauwarmer, warmer oder heißer Prozeduren bestehen durchaus nicht. Darin sind aber doch die meisten Autoren einig, daß, je schwächlicher das Kind, je schlechter der Puls und die Zirkulation, um so mehr die warmen Prozeduren und um so weniger die kalten und kühlen am Platze sind. Wenn die warmen und heißen Applikationen aber selbst bei den elenden Kindern indiziert, ja allein indiziert sind und wohltätig wirken, so kann doch bei den widerstandsfähigeren erst recht keine Gegenindikation für ihre Anwendung bestehen, zumal, wenn man auf die schweißtreibenden, eventuell allein herzschädigenden Einpackungen nach dem heißen Bade verzichtet. Nach Verf.s Ansicht sind sie bei allen drei Erkrankungs-

formen am Platze und vereinfachen auch deren Therapie ganz außerordentlich, was doch wiederum sehr in die Wagschale fällt.

Je höher die Temperatur, je schwächlicher das Kind, je mangelhafter die peripherische Zirkulation, desto häufiger hat Verf. sie verabfolgt, bei dreistündlicher Messung bis zu fünfmal im Tage. Bei mäßigeren Temperatursteigerungen (bis 39⁰) fand Verf auch drei Bäder (früh, mittags, abends) für ausreichend. In der Applikationsweise folgte Verf. teilweise den Angaben von Baelz, indem Verf. bei Temperaturen bis zu 39,0⁰ (After) das Bad zehn Minuten, wenn darüber, fünf Minuten lang ausdehnte. Die Wassertemperatur von 41⁰ C ist während des Bades fortlaufend zu kontrollieren; bei den Bädern von zehn Minuten Dauer muß fast immer entsprechend heißes Wasser nachgefüllt werden, da die Temperatur während des Bades etwas heruntergeht.

Daß die der Anwendung der heißen Bäder zugrunde liegende Überlegung, durch entsprechend nachhaltige Erschlaffung der peripherischen Gefäße die Fieberhitze nach außen abzuleiten, richtig war, wird am Schlusse an der Hand einer Reihe von Protokollen auf Grund sorgfältiger Analmessungen gezeigt. Es war geradezu erstaunlich zu sehen, wie die Innentemperatur der bei 41⁰ C gebadeten Kinder fast immer nach dem Bade, selbst bis um mehrere Grade, herunterging, am intensivsten gewöhnlich $^1/_2$—1 Stunde nachher.

Es verträgt sich also hier die tatsächliche Beobachtung anscheinend durchaus nicht mit der landläufigen Ansicht von der wärmestauenden, die Körpertemperatur unmittelbar noch mehr in die Höhe treibenden Wirkung der heißen Bäder.

Nur unter besonderen Umständen und relativ selten fand Verf. die Temperatur sogleich nach dem Bade etwas höher. Die genauere Beobachtung ergab, daß dies dann z. B. der Fall war, wenn die Kinder sich bereits vor dem Bade besonders heiß angefühlt hatten, wenn also schon vor dem Bade eine ausgiebige Relaxation der peripherischen Extremitäten- bzw. der Hautgefäße bestand, was wir ja sonst erst mit dem heißen Bade bezwecken wollen. Es kann dies gelegentlich natürlich auch bei ganz schwachen Kindern, die sonst größtenteils das gegenteilige Verhalten zeigen, vorkommen, zumal wenn die heißen Bäder häufiger am Tage und daher in kürzeren Zwischenräumen verabreicht werden. Unter diesen Umständen sehen wir also auch die eigentliche wärmestauende Wirkung der heißen Bäder in die Erscheinung treten. Wie aus den Messungen hervorgeht, handelt es sich aber immer nur um Temperaturanstiege unmittelbar nach den Bädern, $^1/_2$ und 1 Stunde später trat auch in diesen Fällen ihre temperaturherabsetzende Wirkung in ihr Recht. Immerhin muß uns diese Feststellung ein Fingerzeig sein dafür, daß wir bei gut durchwärmten Extremitäten und besonders bei heißer Haut, rotem Kopfe bei stärker fiebernden Kindern die Wirkung der heißen Bäder genauer überwachen müssen. Nach Verf.s Erfahrung kann man jedoch auch bei 40,0 und 40,5⁰ noch nicht von einer Kontraindikation für ihre Anwendung bei Säuglingen und kleinen Kindern unter den angeführten Umständen sprechen. Immerhin wird man bei den Temperaturen von über 40,0⁰ unter den angegebenen besonderen Verhältnissen ein

und das andere Mal auch mit den einfachen wärmeren Bädern und allmählicher Abkühlung des Badewassers (Übergießungen eventuell) oder kühleren Wickeln auskommen, falls man sehr vorsichtig sein will. Die seltenere wärmestauende Wirkung der heißen Bäder wird mehr bei noch kräftigeren, daher meist älteren Kindern zu erwarten sein.

Bei der Beurteilung der unmittelbar die Wärme steigernden Wirkung der heißen Bäder muß außerdem immer auch berücksichtigt werden, daß das Bad möglicherweise gerade in einem Zeitpunkte verabreicht sein kann, in dem der Organismus im Begriffe stand, stärker einzuheizen, also bei rascher ansteigender Temperaturkurve. Dann ist es wohl nicht zu verwundern, daß auch der Effekt des Bades, trotzdem (oder auch weil) sich die Kinder kalt, frierend anfühlen, nicht unmittelbar im Sinne einer temperaturherabsetzenden Wirkung hervortreten kann.

Zwischen den beiden Extremen der Wärmestauung und Wärmeableitung durch ein und dieselbe Prozedur liegen naturgemäß alle Übergänge, entsprechend dem von Fall zu Fall, von Bad zu Bad verschiedenen Verhalten der Säuglinge und jungen Kinder; fast immer aber zeigt sich, entweder eine halbe Stunde oder eine oder anderthalb Stunden nachher, eine mehr oder minder bedeutende Abminderung der Körpertemperatur, anal gemessen.

Das Absinken der Temperatur nach den heißen Bädern ist jedoch kaum ausschließlich durch die gleichmäßigere Wärmeverteilung im Körper zu erklären, es kommt offenbar hinzu, daß nunmehr infolge der kürzer oder länger anhaltenden Relaxation der peripherischen und speziell der Hautgefäße die Wärmeabgabe auch an die Umgebung (Luft, Kleidungsstücke, Bett) in gesteigertem Maße möglich ist. Ein Nachschwitzen ist nie, höchstens nur andeutungsweise beobachtet worden.

Ob durch das heiße Bad auch eine zentrale Hemmung der Wärmeproduktion bedingt wird, sei dahingestellt. Man gewinnt immerhin den Eindruck, als ob der Organismus des jungen Kindes nach der heißen Applikation an sich weniger in der Lage ist, die Körpertemperatur wieder auf die alte Höhe zu treiben als nach Herabsetzung des Fiebers mit kühlen Wickeln oder abgekühlten Bädern, wobei vielleicht etwa an eine reflektorische Wirkung des Einflusses der peripherischen Hitze auf das Wärmezentrum gedacht werden könnte. Die Beziehungen der Haut zu diesem Zentrum müssen ja ganz eng sein; es ist wohl auch von vornherein verständlicher, daß es viel eher reflektorisch wieder zu einer Wärmestauung kommen wird, wenn von einer kühlen Anwendung her die Hautgefäße kontrahiert bleiben, als wenn die Hautzirkulation infolge nachhaltiger Durchwärmung der Peripherie für kürzere oder längere Zeit flott erhalten wird.

Die ausgezeichnete Wirkung der heißen Bäder ist dann aber zweifellos vor allem auch in indirekter Weise durch die günstige Beeinflussung des Lungenprozesses selbst mitbedingt, was aber nur noch mehr zugunsten der Methode in die Wagschale fallen wird.

Mit der durch die heißen Bäder erzeugten, sozusagen paradoxen Antiphlogose geht einher eine offensichtliche, äußerst günstige Ein-

wirkung der Bäder auf das allgemeine Verhalten und Befinden der Säuglinge überhaupt. Wer einmal ihre in dieser Hinsicht frappante Wirkung mit beobachtet hat, wird sicher zu einem begeisterten Anhänger dieser Therapie, und so kommt es auch, daß das Pflegepersonal und die Eltern sofort dafür eingenommen sind. Aber auch den Kindern selbst ist die Prozedur offenbar nicht unangenehm, sie gewöhnen sich rasch daran und äußern durchaus keine Unlustgefühle wie durch Schreien, Sträuben und Aufgeregtheit. Sie fühlen sich sichtlich wohl dabei und werden munterer, wenn sie vorher mehr oder weniger apathisch, oder ruhiger, wenn sie vorher unruhig gewesen waren. Ihr Aussehen ist nach dem Bade frischer, und sie schlafen vorzüglich danach. Besonders ist hervorzuheben, daß sie, was ja besonders wichtig ist, nach dem Bade auch viel besser trinken.

Seit längerer Zeit fügt Verf. den heißen Bädern regelmäßig am Schlusse kühle Übergießungen an und möchte sie nicht mehr missen. Es wird strenge darauf gehalten, daß dies möglichst rasch und gründlich geschieht, da ja die Reaktion dann um so besser ist. Die Bedingungen für die starke reflektorische Wirkung einer kühlen Übergießung auf die Atmung sind am Schlusse des heißen Bades die denkbar günstigsten, indem Nacken und Brust, auf die die Applikation immer stattfindet, am stärksten hyperämisch sind und daher von ihnen aus, zumal sie auch an und für sich die günstigsten Stellen für die Auslösung der Reflexe darbieten, die reflektorische Kältedyspnoe am stärksten ausgelöst werden kann. Eine Schwester faßt das Kind mit zwei Händen am Kopfe so, daß die eine Hand sorgfältig Mund und Nase vor etwaiger Aspiration verspritzten Wassers schützt, und hebt dann das Kind so weit aus dem heißen Wasser, daß der Nacken frei wird, worauf eine andere Schwester diesen aus einer Schüssel mit frischem Wasserleitungswasser in rascher Schleuderbewegung auf einmal überschüttet. Die Wirkung auf die Atmung ist kolossal: die Kinder schnappen förmlich nach Luft unter Anstrengung aller auxiliären Hilfsmuskeln, wobei sie eine schnellende Bewegung mit dem ganzen Körper ausführen. Es folgt dann ein rasches Eintauchen des Nackens ins heiße Wasser, und dieselbe Applikation wird von der Brust aus wiederholt. Die ganze Prozedur dauert nur einige Augenblicke, worauf das Kind aus dem Bade entfernt, abgetrocknet wird und angewärmte Wäsche erhält. Ein Nachschwitzen ist, wie schon erwähnt, bei den Kindern nicht beobachtet worden, was ja damit harmoniert, daß bei ihnen keine Wärmestauung, sondern unmittelbar eine Temperaturherabsetzung erreicht wird.

Ein sehr wichtiger Gesichtspunkt, von dem aus betrachtet die Anwendung der heißen Bäder besonders empfehlenswert erscheint, ergibt sich aus der Verfolgung der Gewichtskurven der Kinder. Es gelingt, dem oft rapiden Kräfte- und Körperverfall, der sich bei dem protrahierten fieberhaften Verlauf so leicht einstellt und der dann die größte Gefahr für die Kinder mit bedeutet, meist aufzuhalten. Die Gewichtsverluste sind nur mehr gering oder bleiben überhaupt aus; ja bei Kindern, die besonders gut trinken, wurden zuweilen sogar Gewichtssteigerungen beobachtet. Außer der durch die heißen Bäder angeregten Appetitssteigerung kommt dabei ohne Zweifel auch

der durch die Bäder dem Organismus direkt zugeführten Wärme hierbei keine unwesentliche Bedeutung zu. Je schlechter die peripherische Zirkulation der Kinder ist, desto größer wird dieser Betrag sein. Es ließen sich vielleicht auf dessen Größe aus der Schnelligkeit und dem Grade der Abkühlung des Badewassers Rückschlüsse machen. Zum mindesten werden die sonst bei direkt abkühlenden Prozeduren verlustig gehenden Kalorien eingespart.

Eine ungünstige Wirkung auf das Herz konnte Verf. selbst bei ganz schwachen Säuglingen nicht konstatieren.

Bei der in jeder Hinsicht vorzüglichen Wirkung der heißen Bäder hat Verf. diese späterhin nicht nur bis zum Verschwinden jeglicher Temperatursteigerung, sondern auch noch einige Zeit in die Rekonvaleszenz hinein ein- bis zweimal täglich fortgesetzt, jedenfalls aber so lange, als die Kinder noch an Husten litten, auch wenn kein deutlicher Befund auf den Lungen mehr nachzuweisen war. Zu Anfang, wo Verf. schon bald nach Fieberabfall mit den Bädern aussetzte, bekam Verf. öfter unmittelbar Rezidive, die von neuem die heißen Bäder notwendig machten. Verf. badet aber auch alle nicht fieberhaften Bronchitiden, also selbst leichtester Art, und ist in der Prophylaxe der Bronchiolitis und Bronchopneumonie damit glücklich gewesen. Aus den gleichen prophylaktischen Gründen verdienen die Bäder auch bei heftigeren Nasenkatarrhen der Säuglinge angewendet zu werden und ist eine abkürzende und das Deszendieren der Entzündung beschränkende Wirkung nicht zu verkennen, nur gibt Verf. hier keine kalten Übergießungen zum Schlusse, sondern packt die Kinder heiß ein, um Nachschwitzen zu erzeugen. Man wird hier an die oft sehr gute Wirkung heißer oder Dampfbäder erinnert, die diese auch bei akuten ähnlichen Erkrankungen der Respirationsorgane bei Erwachsenen besitzen. In diesen Fällen werden die heißen Bäder also bei normalen Körpertemperaturen gegeben, und es zeigt sich da natürlich immer ihre wärmestauende Wirkung. Die Temperatur steigt also unmittelbar im Anschluß an das Bad, um dann rasch wieder abzufallen.

In letzter Zeit hat Verf. auch einen einmonatigen schwächlichen Säugling (Gewicht: 4,75 kg) mit Keuchhusten (ohne Fieber) drei bis viermal täglich mit heißen Bädern behandelt und eine Heilung in vier Wochen erzielt, was bei der oft außerordentlichen Schwere des Verlaufs bei Säuglingen als ein erfreuliches Resultat gelten muß.

Es sei bei dieser Gelegenheit erwähnt, daß Verf. von dem neuerdings von Lenzmann auf dem Naturforscherkongreß in Münster empfohlenen Tussalvin in drei Fällen keinen Erfolg gesehen hat.

Unter diesen Umständen konnte es nicht ausbleiben, daß Verf. alsbald die Indikationen für die Verabreichung heißer Bäder auch auf andere Krankheitszustände ausdehnte. Verf. wendet sie jetzt (natürlich dann ohne Übergießung am Schlusse) überhaupt bei allen Erkrankungen, vor allem des Säuglingsalters an, bei denen die Analmessung Fieber ergibt, wenn gleichzeitig ausgekühlte Extremitäten, livide, blasse Haut das Darniederlegen der peripherischen Zirkulation anzeigen. Aber auch bei allen ohne Fieber verlaufenden, besonders mit Untertemperaturen einhergehenden atrophischen Zuständen und

bei der Anämie sind sie wärmstens zu empfehlen. Man muß hier nur darauf sehen, daß die Kinder nachher in gut durchwärmte und warm zu haltende Bettchen kommen, um einem sekundären Wärmeverlust möglichst zu begegnen.

Die Bronchitis und die Bronchopneumonie werden aber wohl immer mit die Hauptdomäne für die Anwendung der heißen Bäder im Säuglingsalter und bei kleinen Kindern bleiben, für die sie zusammen mit der Schlußübergießung gewissermaßen auch eine spezifische Behandlungsart darstellen. Sie bedingen Herabsetzung des Fiebers, führen zur Anregung der Expektoration sowie tieferer Atmung und dadurch zur Verhütung bzw. Beseitigung von Atelektasen und Sekretstauung, sie besitzen eine beruhigende bzw. erfrischende, schlaf-, und auch appetitmachende Wirkung und wirken auch direkt ableitend auf die Haut, besonders der Brust und des Rumpfes. Es ist seit ihrer Anwendung selten mehr ein Fall zugrunde gegangen, was bei dieser schweren Erkrankung etwas heißen will. Die durch die geschilderte Behandlungsart mit heißen Bädern bedingte, meist sehr wesentliche Abkürzung des Verlaufes spielt dabei eine Hauptrolle. Auch in günstig verlaufenden Fällen dauerte bislang die Krankheit nicht selten zwei bis drei Wochen, oft viel länger, und in dem protrahierten langwierigen Verlauf und der dadurch herbeigeführten allgemeinen Schwäche und Abmagerung lag die Hauptgefahr.

Grätzer.

Pauli (Lübeck), Die Behandlung des Keuchhustens mit Chineonal. (Ebenda.) Vergleicht man Verf.s Ergebnisse mit denen der anderen Autoren, so findet man meist eine völlige Übereinstimmung. Ob beginnender Keuchhusten unterdrückt wird, darüber kann Verf. nichts angeben, weil er nach dieser Richtung hin keine Versuche machen konnte, die Kinder kamen alle im Stadium convulsivum in Behandlung. Daß aber Stärke und Dauer der Anfälle veringert, die Anfälle bald seltener und milder werden, beobachtete auch Verf. durchweg, ebenso Aufhören des Erbrechens. Es wurden die Fälle aber auch geheilt. Vielleicht kommt dies daher, daß Verf.s Fälle nicht nur vorübergehend (poliklinisch) gesehen wurden, sondern in steter ärztlicher Überwachung blieben, so daß Verf. sicher war, daß die Kinder wirklich erhielten, was vorgeschrieben war, was bei poliklinischer Überwachung naturgemäß nicht so genau kontrolliert werden kann. Vielleicht lag es auch daran, daß das Mittel so lange gegeben wurde, bis die charakteristischen Anfälle verschwunden waren. Dafür, daß bei zu frühem Aussetzen des Mittels die Anfälle wieder stärker und häufiger werden, sprechen die beiden Fälle 5 und 13, bei denen in der Tat beim Aussetzen des Mittels wegen Pneumonie (um den Verlauf der Pneumonie nicht zu verschleiern) dies der Fall war.

Die Dosierung war aus Vorsicht bei dem neuen Mittel vielleicht manchmal etwas zu gering; Verf. würde in der Folge gelegentlich stärkere Dosen anwenden, doch waren auch so die Erfolge gut. Man wird in der Dosierung, nachdem man sich überzeugt hat, daß das Mittel gut vertragen wird, die gleiche Dosierung anwenden können wie bei Chinin, d. h. so viel Dezigramm täglich, als das Kind alt ist.

Verf. wiederholt zum Schlusse, daß nicht der Einfluß auf die

Dauer des Keuchhustens ihn ermutigt hat, seine geringe Zahl von Fällen zu veröffentlichen, sondern der Einfluß auf den Schlaf. In keinem Falle hatte Verf., wie sonst oft, die Anwendung von Narkotika nötig. — Die absolute Unschädlichkeit sowie die Erreichung ungestörten Schlafes sind die beiden Hauptvorzüge des Chineonals, die in Übereinstimmung mit den anderen Beobachtern auch Verf. das Mittel „mit gutem Gewissen als Keuchhustenmittel“ empfehlen lassen. Die Kinder werden natürlich durch den bald eintretenden guten Schlaf auch in ihrem Allgemeinbefinden sehr günstig beeinflußt, überstehen die Erkrankung besser und zweifellos auch rascher, ohne Residuen darzubieten, wodurch sie gegen Nachkrankheiten, besonders die Tuberkulose, widerstandsfähiger bleiben. Grätzer.

Kleinschmidt u. **Viereck,** Vierte Mitteilung über Behrings Diphtherievakzin. (Aus der Medizinischen Klinik und dem Institut für Hygiene und experimentelle Therapie in Marburg. (D. m. W. 1913 Nr. 41.) Die früheren Mitteilungen über Behrings Vakzin zur präventiven Diphtheriebekämpfung werden in mehrfacher Beziehung ergänzt und erweitert auf Grund von Beobachtungen während der Zeitdauer von neun Monaten in der Marburger Medin. Klinik.

Bestätigt wird einerseits die Unschädlichkeit, andererseits die immunisierende Wirksamkeit des Diphtherievakzins bei geeigneter Dosierung und Applikationsweise. In vergleichenden Untersuchungen hat sich für die Immunisierung die Intrakutanmethode der Subkutanmethode als mindestens gleichwertig erwiesen. Dabei dient die erste intrakutane Vakzininjektion gleichzeitig zur unschädlichen Ermittlung der individuellen Empfindlichkeit (probatorische Injektion).

Es werden vier Grade der zur Antitoxinproduktion führenden Vakzinreaktionen unterschieden, und es wird gezeigt, wie man durch gleichzeitige intrakutane Injektion verschiedene Operationsnummern des Vakzins aufeinander einstellen kann durch Vergleichung der danach eintretenden Reaktionsgrade.

Das sicherste Kriterium für den Immunisierungserfolg ist der Blutantitoxingehalt, welcher durch Blutprüfung ermittelt wird. Bis auf weiteres nehmen Verff. an, daß ein Gehalt von $^1/_{20}$ AE in 1 ccm Blut auch gegenüber schwereren Infektionen ausreichenden Schutz gewährt.

Zur Erreichung eines solchen Antitoxingehaltes wird voraussichtlich eine zweimalige Vakzininjektion, wenn die zweite Injektion eine Reaktion zweiten Grades bewirkt hat, für die übergroße Mehrzahl aller behandelnden Fälle ausreichend sein. Grätzer.

Carl Jacobs, Über Granularatrophie der Nieren im Kindesalter. (Aus der pathologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Altona a. E.) (B. kl. W. 1913 Nr. 52.) Seine Schlußfolgerungen faßt er in folgende Sätze zusammen:

1. Auch im frühesten Kindesalter kommen Schrumpfungsprozesse an den Nieren vor, die im Anschluß an vorangegangene Schädigungen des Nierengewebes oder überstandene Nephritiden als sekundäre Schrumpfnieren zu betrachten und denen Erwachsener vollkommen analog sind.

2. Daneben kommen sehr viel seltener aber auch genuine Schrumpfnieren — Granularatrophien — vor, die durch eine mangelhafte Keimanlage bedingt sind und ebenfalls dem Bilde einer Granularatrophie bei Erwachsenen vollkommen gleichen. Grätzer.

von Oy, Erfahrungen mit dem kolloidalen Trikalziumphosphateiweiß „Tricalcol". (Aus der inneren Abteilung der städt. Krankenanstalten zu Elberfeld.) (B. m. W. 1914 Nr. 1.) Verf. versuchte das Tricalcol bei 19 mehr oder minder rachitischen Kindern und bei 2 mit konstitutionellem Ekzem und verfütterte im Laufe von etwa 7 Monaten ungefähr 10 kg des Präparates. Er verabreichte das Pulver zur Grießbouillon bzw. zum Grießmilchbrei gemischt. Es ist jedoch nötig, das Präparat kalt anzurühren, damit ein gleichmäßiger Brei entsteht, und diesen dann der klaren Bouillon usw. zuzusetzen. Warm angerührt, kommt es zur Klumpenbildung, und die Kinder nehmen die Speise nicht.

Was die Dosierung des Präparates anbelangt, so gab Verf. Kindern unter einem Jahr etwa 2—2,5 g, Kindern von einem Jahre aufwärts 4—5 g täglich. Es wurde in Teelöffel umgerechnet und der gesamten Nahrungsportion zugesetzt. Verf. gab geringe Dosen, weil nach Dr. Zuckmeyer verdünnte Lösungen höhere Resorptionswerte ergeben, als konzentrierte und weil die Erfahrung des Tierexperimentes gezeigt hat, daß längere Zufuhr größerer Dosen von Kalksalzen kachektische Zustände hervorrufen kann.

Das Tricalcol wurde gut vertragen und, in der angegebenen Weise verabreicht, von den Kindern auch gern genommen. Die Kinder erhielten gemischte Nahrung, neben Griesbouillon und Griesbrei mit Apfelmus, Milch, Milchnährzuckerlösung und vereinzelt auch Dr. Friedenthals Gemüsepulver.

Es ist klar, daß es so gut wie unmöglich ist, klinisch beweisende Beobachtungen für die gute Einwirkung des Tricalcols auf Rachitiker zu bringen. Jedoch die Besserung der Nebenerscheinungen und die geradezu augenscheinliche Entwicklung der Kinder nach der Tricalcoltherapie veranlassen Verf. zur Veröffentlichung seiner Beobachtungen.

Die bei Rachitis so häufig auftretenden Unregelmäßigkeiten in der Darmfunktion wurden alsbald behoben; die dünnen dyspeptischen Stühle wurden fest und seifig, und die Kinder, die vorher um dieselbe Gewichtshöhe schwankten, nahmen alsbald langsam zu, vielleicht zunächst infolge der Wasserretention. Verf. hat infolgedessen Tricalcolaufschwemmung auch sonst bei wässerigen Stühlen vor Einführung von der Larosan-Eiweißmilch mit gutem Erfolg angewendet. Fleiner glaubt, daß die reizmildernde Wirkung der alkalischen Erden und die stopfende Wirkung des Kalkwassers darauf zurückzuführen sind, daß sie die Fettsäuren und sauren Gärungsprodukte neutralisieren.

Die meistens vorhandenen Hinterhauptschweiße besserten sich unter Tricalcolmedikation mit der Zeit, ebenso die nervöse Übererregbarkeit der Kinder, die sich in plötzlichem Zusammenschrecken und unruhigem Schlaf zeigte.

Die immer wiederkehrenden bronchitischen Attacken, zu denen einzelne Kinder besonders disponierten, ließen nach, ob durch die

sekretionseinschränkende Wirkung der Kalksalze oder infolge der Besserung des Allgemeinzustandes, läßt Verf. dahingestellt. — Kinder, „die nicht wußten, wofür die Beine da sind", oder sich hüteten, dieselben aufzustellen, aus Furcht vor Schmerzen, stehen jetzt am Stühlchen und machen Gehversuche. Solche, die vorher ohne jeden Halt platt dalagen, die unfähig waren, ihre Lage selbständig zu verändern, die bei den vorsichtigsten Berührungen abwehrten und in ein zeterndes Geschrei ausbrachen, wurden im Laufe der Zeit unempfindlich, kräftig, richteten sich auf und saßen frei. Auch der bei einigen Kindern vorhandene pastöse Habitus besserte sich. Nicht unerwähnt möchte Verf. lassen, daß 2 Fälle von konstitutionellem Ekzem (nässende Ekzeme mit starkem Juckreiz auf beiden Wangen), die vorher neben entsprechender Ernährung, lange mit Puderung und austrocknenden Salben vergeblich behandelt waren, nach etwa zweimonatiger gleichzeitiger Tricalcolverabreichung schwanden.

Das Tricalcol mithin, welches nach physiologischen Untersuchungen reichliche Aufnahme und gute Verwertung findet, einen hohen Gehalt an assimilierbarer Phosphorsäure mitbringt und nicht wie andere Kalksalze dem Organismus Phosphorsäure entzieht, wird gern genommen, gut vertragen und beeinflußt die Rachitis und deren Nebenerscheinungen nach klinischen Erfahrungen gut. Grätzer.

E. Moro, Erythema nodosum und Tuberkulose. (Aus der Heidelberger Kinderklinik.) (M. m. W. 1913 Nr. 21.) Unter diesem Titel veröffentlichte R. Pollak eine Abhandlung mit dem Schlußsatz: „daß das Erythema nodosum, das jedenfalls (im Kindesalter) ausschließlich bei tuberkulösen Individuen vorkommt, auch tatsächlich eine tuberkulöse Hautaffektion ist", eine Behauptung, die sich im wesentlichen auf folgender Feststellung aufbaute: 48 Kinder mit Erythema nodosum — sämtliche Fälle betreffend, die in den letzten Jahren an der Wiener allgemeinen Poliklinik zur Beobachtung gelangten — reagierten ausnahmslos positiv auf Tuberkulin, und zwar in der Mehrzahl in einem Alter, wo die Tuberkulosehäufigkeit noch eine relativ geringe ist.

Als Verf. sich vor etlichen Jahren mit den Tuberkulinproben in systematischer Weise beschäftigte, fiel es ihm auf, daß die Tuberkulinreaktion bei kindlichen „Rheumatosen" in einem sehr beträchtlichen Prozentsatz positiv verläuft. Naturgemäß schenkte er dabei auch den Fällen von Erythema nodosum besondere Aufmerksamkeit. Aber schon damals erlebte er eine Ausnahme. Unter 18 Münchener Fällen (11 poliklinische, 7 klinische) ergab ein Kind mit typischem Erythema nodosum auch bei wiederholter Impfung ein vollständig negatives Resultat.

Diese eine Beobachtung genügte, um zu zeigen, daß die Tuberkulinreaktion bei Erythema nodosum nicht gesetzmäßig positiv verläuft, und hielt Verf. schon damals von weitergehenden Schlußfolgerungen zurück.

Das imposante Ergebnis Pollaks (100%!) veranlaßte Verf. nun, seine kleine Münchener Statistik zu ergänzen, was um so leichter durchführbar war, als an der Heidelberger Kinderklinik seit dem Jahre 1908 die kutane Tuberkulinprobe bei sämtlichen Anstaltspfleglingen ausgeführt und eingetragen wird.

Unter 30 Fällen reagierten 4 vollständig negativ auf Tuberkulin. Das Material ist zwar zu klein, um auf solcher Basis prozentuale Berechnungen anzustellen, aber groß genug, um darzutun, daß die eingangs zitierte These Pollaks — wenigstens in der von ihm gewählten Form — unrichtig ist. Das Ergebnis Pollaks zeigt nur von neuem wieder, wie groß die Häufigkeit der Tuberkuloseinfektion unter den Wiener Kindern ist und wie vorsichtig man mit der Verallgemeinerung von Beobachtungen sein muß, die an diesem Material gewonnen werden. Im übrigen wäre Verf. kaum so unbescheiden gewesen, mit seiner kleinen Statistik vor die Öffentlichkeit zu treten, wenn sich nicht gerade in der letzten Zeit wiederum die Stimmen derer mehren würden, die die tuberkulöse Natur des Erythema nodosum als ausgemachte Sache betrachten. Manche Autoren gehen sogar so weit, das Erythema nodosum auf Grund solcher und ähnlicher Beobachtungen kurzweg in die Gruppe der Tuberkulide einzureihen und dieses Exanthem als untrügliches Hinweissymptom für aktive Tuberkulose zu verwerten. Mit Rücksicht auf solche Übertreibungen allein ist ein mit Tatsachen belegter Dämpfer dringend geboten.

Freilich soll damit nicht gesagt sein, daß das Erythema nodosum mit der Tuberkulose überhaupt nichts zu tun habe. Die Frage nach Zusammenhängen von Erythema nodosum mit der Tuberkulose taucht vielmehr schon seit Jahrzehnten immer und immer wieder in der Literatur auf, und Verf. selbst glaubt wohl als erster innigere Beziehungen des Erythema nodosum zur Tuberkulose experimentell insofern wahrscheinlich gemacht zu haben, als er in einem Falle das Auftreten von Erythema nodosum am Unterschenkel im unmittelbaren Anschluß an die Einreibung von Tuberkulinsalbe in die Brusthaut beobachtet und beschrieben hat.

Das Erythema nodosum, dessen tuberkulotoxische Natur in diesem Falle außer Zweifel steht, sah man hier begleitet von einer allgemeinen Purpura auftreten. Noch interessanter ist ein Fall, wo bei einem Kinde mit abgeheiltem Erythema nodosum nach der Tuberkulinsalbeneinreibung neben einem diskreten Purpuraexanthem ein typischer Herpes zoster zum Vorschein kam.

Während aber diese beiden Fälle immerhin Raritäten darstellen, begegnen wir lokalen Purpuraexanthemen am Einreibungsorte der Tuberkulinsalbe bei Kindern mit Erythema nodosum nicht ganz selten.

Solche Beobachtungen lassen wohl mit Sicherheit auf verwandtschaftliche Beziehungen des Erythema nodosum zur Purpura schließen; eine Tatsache, die zwar nicht neu ist, aber in der systematischen Dermatologie noch immer zu wenig gewürdigt wird. Andererseits ist das gelegentliche Auftreten von Purpuraexanthemen bei Tuberkulösen bekannt und geläufig. So scheint sich bei oberflächlicher Betrachtung tatsächlich alles in befriedigender Weise zu einem Kreis zu schließen, wenn uns dabei nicht der gelegentlich vollständig negative Ausfall der Tuberkulinreaktionen einen Strich durch die Rechnung machte und vor voreiligen Verallgemeinerungen bewahren würde.

Für eine stichhaltige Beweisführung der tuberkulösen Natur des Erythema nodosum kämen streng genommen nur zwei Wege in Betracht: Der Bazillennachweis im erkrankten Gewebe und die Herdreaktion.

Der erstere Weg wurde bereits eingeschlagen, jedoch stets ohne Resultat (Brian: 1 Meerschweinchenversuch mit 3 ccm durch Punktion des Erythemknotens gewonnenen Blutes; Pollak: 3 Meerschweinchenversuche mit der Vorimpfung exzidierter Knoten); und selbst mit der Injektion großer Blutmengen in Meerschweinchen konnte Brian unter 10 kritisch untersuchten Fällen nur einmal ein positives Ergebnis verzeichnen.

Die einfachere Methode, das Bestreben eine Herdreaktion am Orte des Erythema nodosum nach subkutaner Tuberkulininjektion zu erzielen, ist bisher nicht angewendet worden. Verf. hat 3 Fälle nach dieser Richtung untersucht ($^2/_{10}$—2 mg) — sämtlich mit vollständig negativem Resultat. Mit Ausnahme eines Falles wurden trotz exzessiv starker Kutanreaktionen nicht einmal Temperaturerhebungen beobachtet, was wohl hätte erwartet werden müssen, falls hier das Erythema nodosum wirklich als eine Ausdrucksform aktiver Tuberkulose aufzufassen gewesen wäre. Auch Salbenreaktionen am Orte des Erythems unterschieden sich nicht von solchen an anderen Körperstellen.

Über Natur und Wesen des Erythema nodosum läßt sich also vorläufig nichts Bestimmtes aussagen. Keinesfalls ist der Ausschlag ohne weiteres als Tuberkulid aufzufassen; ja sein Erscheinen ist, wie die mitgeteilten Beobachtungen lehren, nicht einmal unbedingt an das Bestehen einer tuberkulösen Allergie der Gewebe gebunden, was man auf Grund neuerer Literaturangaben anzunehmen leicht geneigt gewesen wäre. Immerhin mag der Tuberkulose dabei als „auslösendes Moment" eine wesentlich größere Bedeutung zukommen, als anderen Noxen. Neben einem auslösenden Moment ist aber noch das Vorliegen einer ganz bestimmten Konstitution erforderlich. Indes wäre es unfruchtbar, sich über diese anscheinend höchst komplizierte und wenig durchsichtige Frage in eine Diskussion einzulassen. Es sei nur daran erinnert, daß die meisten dieser Kinder deutliche Zeichen des Lymphatismus aufweisen und vielfach zu Purpura und anderen „Rheumatosen" disponieren. Dazu kommt noch eine fast ausnahmslos ungemein stark ausgeprägte Vasomotorenerregbarkeit gegenüber chemischen Reizen, was allein schon den sehr intensiven Ausfall der Kutanreaktion zu erklären vermag, der gegebenenfalls für diese Gruppe von Kindern geradezu charakteristisch ist. Grätzer.

Frank (Dudweiler), Bleivergiftung durch ein Gummituch. (Ebenda.) Gesunder, kräftiger Säugling von 6 Monaten, ausschließlich an der Brust ernährt, beginnt plötzlich an Gewicht abzunehmen. Es wird nach allen Richtungen nach weiteren Krankheitsäußerungen gefahndet, aber vergeblich, die genaueste Untersuchung fördert nichts zutage. Aber die Abmagerung nimmt weiter zu und bringt das Kind in 3 Wochen in einen recht elenden Zustand. Jetzt tritt plötzlich ein neues Symptom auf, eine heftige Stomatitis, welche auf die Möglichkeit einer Bleivergiftung hinweist. Aus der Umgebung des Kindes wird nun von allem, was irgendwie Bleigehalt haben könnte, eine Probe zur chemischen Untersuchung entnommen. Am nächsten lag die Vermutung, daß der weiße Anstrich des Bettchens oder des Kinderwagens aus bleihaltiger Farbe bestehe. Diese Vermutung bestätigte sich

aber nicht, die Farben erwiesen sich als keimfrei; bleihaltig aber war das Gummituch, das als wasserdichte Betteinlage diente. — Eine weitere Behandlung erübrigte sich, denn nach Entfernung des verhängnisvollen Wäschestückes setzte sofort die Besserung ein, die nach wenigen Wochen zur völligen Genesung führte. Grätzer.

R. Parreidt (Leipzig), Über die erfolgreiche Behandlung von hämophilen Blutungen mittels des Thermokauters. (Ebenda.) „Unter obiger Überschrift veröffentlichte Dr. Hans Hahn zwei Krankengeschichten, wo die Kauterisation günstige Erfolge bei Hämophilie gehabt haben soll. Da, wie der Verf. angibt, die Kauterisation in der inneren Medizin und Kinderheilkunde wenig bekannt ist, so ist es ganz verdienstvoll, daß auf dieses Mittel zur Blutstillung aufmerksam gemacht wird. Freilich darf man aber in der Kauterisation nichts anderes erblicken, als ein Vorgeben, das man bei Blutern auch einmal versuchen kann. In zahnärztlichen Kreisen ist die Kauterisation als Mittel zur Blutstillung allgemein bekannt und wird auch häufiger angewendet, natürlich auch bei Blutern. Bei diesen versagt das Mittel aber genau so oft, wie jedes andere, und verdient durchaus keinen Vorzug. Es können in dieser Beziehung zwei Krankengeschichten auch nicht als beweiskräftig angesehen werden, da die Wirkung in diesen Fällen auf Zufall beruhen kann. Als Beweis dafür, wie man sich täuschen kann, möchte ich einen Fall aus der Praxis anführen. Es handelt sich um einen Jungen, der jetzt seine Schneidezähne wechselt und unter Blutungen viel zu leiden hat. Woher die Hämophilie stammt, ist unklar, sie soll nicht vererbt, sondern erworben sein. Bei Verlust jedes Milchzahnes hat der Junge an tagelangen Blutungen zu leiden, ob die Zähne nun von selbst herausfallen oder vom Zahnarzt entfernt werden. Zur Stillung dieser Blutungen sind nun schon sämtliche bekannten Mittel angewandt worden, jedesmal half schließlich ein anderes. Man dachte anfangs: nun haben wir endlich das Mittel gefunden, das dem Jungen hilft, aber wandte man es das nächste Mal an, so konnte man schon im voraus auf einen Mißerfolg rechnen. Bei diesem Kinde wurde natürlich auch die Kauterisation versucht. Es schien auch ein Erfolg da zu sein, aber in der Nacht fing die Blutung wieder an. Als die behandelnden Ärzte alle bekannten Mittel durchversucht hatten, haben die Eltern in ihrer Verzweiflung einmal „Magnetisieren und Besprechen“ durch eine Frau anwenden lassen, und dieses Kurpfuschermittel hat sofort geholfen. Natürlich glauben wir gar nicht daran, daß dieser Schwindel und Hokuspokus etwas genützt hat. Die Blutung war eben so weit, daß sie aufhörte, und jedes andere Mittel hätte auch Erfolg gehabt. Beim nächsten Milchzahn, der von mir entfernt wurde, genügte einfache Tamponade und Bettruhe, um eine Nachblutung nicht auftreten zu lassen. Ich führe diesen Fall nur an, um zu beweisen, daß man sehr vorsichtig mit der Behauptung sein muß: ein bestimmtes Mittel habe bei Blutern geholfen. Es wird wohl meist so sein, daß aus uns nicht bekannten Gründen bei Anwendung irgend eines Mittels die Blutung zufällig zum Stillstand kommt. Ein Grund, dieses Mittel dann aber als besonders erfolgreich zu empfehlen, liegt meines Erachtens durchaus nicht vor.

Daß man empfiehlt, wie Hahn es getan hat, daß auch damit ein Versuch gemacht wird, kann nichts schaden, aber einen Erfolg kann man nie versprechen. Vor allzugroßen Hoffnungen in dieser Hinsicht zu warnen, war der Zweck dieser Zeilen.“ Grätzer.

M. K. Forcart (Basel), Larosan als Ersatz für Eiweißmilch. (M. m. W. 1913 Nr. 22.) Die Versuche, die Verf. mit diesem Präparat an magendarmkranken Säuglingen machte, waren durchweg günstige. Das Larosan wurde gewöhnlich in dem von Stoeltzner vorgeschriebenen Verhältnis von 20 g auf $^1/_2$ Liter Milch gegeben. Dabei wurde, wie bei der Eiweißmilchverabreichung, nötigenfalls der Kaloriengehalt durch Zugabe von Nährzucker erhöht. Als Verdünnungsflüssigkeit verwendete ich gewöhnlich Haferschleim, in einigen Fällen auch Mehlabkochung. Um eine homogene Flüssigkeit zu erhalten, ist das Larosan nach der Vorschrift von Stoeltzner in kalter Milch anzurühren, nachher heiße Milch zuzusetzen und das ganze nochmals aufzukochen.
Grätzer.

G. Schwaer, Über die hämatologische Diagnose der Röteln. (Aus dem Stadtkrankenhause zu Lüdenscheid.) (Ebenda.) Bei 2 Fällen wurde das Blut untersucht. Verf. konnte im Höhestadium des Ausschlags eine Hyperleukozytose konstatieren, die im Falle Nr. 1 sogar eine Neigung zur Progredienz bekundete, obwohl die klinischen Erscheinungen bereits im Rückgang begriffen waren. Bei den Mischungsverhältnissen der einzelnen Leukozytenarten fiel eine nicht unbedeutende, scheinbar mit dem Steigen der Gesamtleukozytenzahl parallel gehende, relative Lymphozytose auf.

Wie steht es nun mit den Befunden anderer Untersucher? Die einen berichten von normalen oder leicht herabgesetzten Leukozytenwerten, die anderen von erhöhten. Über die Mischungsverhältnisse besteht eine Übereinstimmung in noch geringerem Grade. Nur so viel kann man den Berichten entnehmen, daß wohl immer, sofern überhaupt Auszählungen der Mischungsverhältnisse vorgenommen worden sind, eosinophile Zellen gefunden wurden, wenn auch in wechselnder Menge.

Trotz alledem kann doch immerhin die Blutuntersuchung auch bei Röteln einiges leisten. Da bei dieser Krankheit differentialdiagnostische Erwägungen wohl hauptsächlich gegenüber den Masern in Betracht kommen, so liegt ein Vergleich des Masernblutbildes mit den bei Röteln erhobenen Befunden nahe. Nach Nägeli gilt für das Höhestadium der Masern eine leichte Verminderung der Leukozyten sowie das Verschwinden der Eosinophilen als Norm. Daß dieses Blutbild nicht auch gleichzeitig für Röteln charakteristisch ist, wie z. B. noch im Lehrbuche „Innere Diagnostik“ von Paul Krause angenommen wird, geht zwanglos aus den bei Röteln erhobenen Blutbefunden hervor. Im Gegenteil kann man gerade gegenüber Masern eine für die Differentialdiagnose wichtige Unterscheidung machen und — vorausgesetzt, es liegen keine Komplikationen vor — sagen, daß erhöhte Leukozytenwerte, wie sie zweifellos nicht selten bei Rubeolen beobachtet werden, sowie normale Werte für die Eosinophilen für die Diagnose Röteln sprechen und das Vorliegen eines Masernfalles unwahr-

scheinlich machen. Es lohnt sich also auch hier, in zweifelhaften Fällen seine Zuflucht zu einer Blutuntersuchung zu nehmen und auf diese Weise die Diagnose Masern bzw. Röteln zu sichern. Grätzer.

Treplin, Beitrag zur Ätiologie der Darminvaginationen. (Ebenda.) In den letzten Jahren hat Verf. Gelegenheit gehabt, 4 Fälle von Intussuszeption des Darmes zu beobachten, von denen namentlich 2 einen interessanten Beitrag zur Ätiologie des Leidens zu liefern geeignet sind.

1. 6 jähriger Knabe, bisher völlig gesund, erkrankte am 15. Mai 1910 mit rheumatischen Beschwerden, Gelenkschmerzen und Fieber. Am folgenden Tag zeigte sich an Beinen, Armen, Brust und Bauchhaut das typische Bild des Erythema nodosum seu contusiforme. Die Infiltrate sind sehr zahlreich und schmerzhaft. Am Nachmittag desselben Tages Erbrechen. In der Nacht setzten dann plötzlich heftige Kolikschmerzen ein, die sich alle $^1/_4$ Stunde etwa wiederholten. Es wurde dabei mehrfach erbrochen und einige Male etwas blutiger Schleim entleert. Der am nächsten Mittag zugezogene Kollege stellte sofort die Diagnose Invagination und rief Verf. zu Hilfe. Es war ein deutlicher wurstförmiger Tumor rechts unterhalb des Nabels zu palpieren. Der Junge sah sehr blaß und verfallen aus, es war deutliche Dünndarmperistaltik während der etwa alle 10 Minuten sich wiederholenden Anfälle zu sehen. Die Infiltrate in der Haut waren noch sehr deutlich.

Operation: Äthernarkose, Schnitt in der Mittellinie. Es fand sich eine etwa 12 cm lange Invaginatio iliaca etwa am Ende des mittleren Drittels des Ileums. Die Desinvagination gelang ohne wesentliche Schwierigkeiten. Es fiel auf, daß das äußerste Ende des inneren Zylinders des Invaginatums nicht nur stark ödematös war, sondern sich merkwürdig derb anfühlte in seiner ganzen Zirkumferenz, und zwar in einer Länge von etwa 3 cm, während der übrige Teil des Invaginatums zwar auch ödematös, aber nicht so hart war. An den übrigen an der Invagination nicht beteiligten Därmen sah man an der Serosa multiple Infiltrate bläulich-roter Färbung von Linsen- bis Bohnengröße, im Aussehen genau den größeren Infiltraten der Haut entsprechend. Auch diese fühlten sich derb an und zeigten deutliche Prominenz. Schluß der Bauchwunde, glatte Heilung. Später hat der Junge noch hin und wieder über Leibschmerzen geklagt (Verwachsungen ?) ist jetzt aber nach 3 Jahren völlig beschwerdefrei und ohne Rezidiv.

2. 13 jähriger Junge. Er war wegen einer fast völlig abgelaufenen Coxitis osteomyelitica bei uns im Seehospital. Plötzliche Erkrankung mit Fieber, Gelenkschmerzen und einer ausgedehnten Purpura rheumatica über den ganzen Körper. Namentlich an den Beinen sehr ausgedehnte und konfluierende Petechien. Am 2. Tage der Erkrankung heftiges Erbrechen, Blutbeimengungen im Stuhl, intensiver Leibschmerz lokalisiert etwas oberhalb des Nabels, dort deutliche Resistenz fühlbar. Kolikartig einsetzende Schmerzen alle halbe Stunde etwa. Keine Darmperistaltik zu beobachten. Diagnose: Invagination. 3 Stunden nach den ersten Erscheinungen Laparotomie: Äthernarkose. Schnitt in der Mittellinie. zu Gesicht kommenden Dünndärme sind mit Petechien übersät. Im oberen Teile des Jejunums besonders viele Petechien. Hier findet sich eine beginnende Invagination. Der Darm ist in einer 3 cm langen Partie besonders stark in der ganzen Zirkumferenz gerötet, von unzähligen Petechien. Diese ganze Partie ist zu einem derben Rohr umgestaltet und mit dem aboralen Ende etwas 1 cm weit invaginiert. Die Desinvagination war sehr leicht. Der Heilungsverlauf unter gleichzeitiger Anwendung von Antirheumaticis ein völlig glatter.

Aus diesen beiden Krankengeschichten geht mit Deutlichkeit hervor, daß die Purpura respektive das Erythema nodosum die unmittelbare Veranlassung gewesen sind für die Invagination. Auch ist der Mechanismus ja sofort klar. Das durch die zufällig an dieser Stelle besonders starke Infiltration der Darmwand durch eine Purpuraeruption in seiner ganzen Zirkumferenz in ein starres Rohr umgewandelte Darmstück konnte sich seiner Starrheit wegen nicht an

der Peristaltik des Darmes beteiligen. Wenn nun in dem übrigen Darm die normale Peristaltik von statten ging, so wurde dieser starre Darmteil gleichsam wie ein Fremdkörper weitergeschoben und invaginierte sich in den dorsalwärts gelegenen schlaffen Teil des Darmes. Es kommt bei diesem Mechanismus weniger auf die Schwere an, als auf die Starrheit des Darmrohres, über das die peristaltische Welle sich nicht fortsetzen kann. Es wird dieser Darmteil deshalb als quasi Fremdkörper weitergeschoben, und da die peristaltische Welle unterbrochen ist, so bleibt auch der aboralwärts folgende Darmabschnitt schlaff und vorläufig ohne gleichlautende Peristaltik, eignet sich deshalb besonders gut zum Intussuszipiens.

In beiden Fällen handelte es sich um die bei weitem selteneren Dünndarminvaginationen. Auch das ist erklärlich, da eher bei dem geringeren Umfange des Dünndarmes die Bildung eines starren Rohres zustande kommt, als bei dem umfangreicheren Dickdarm. Wie beide Krankengeschichten zeigen, bedarf es einer Infiltration der ganzen Zirkumferenz des Darmes, um die Peristaltik zu unterbrechen und eine Einstülpung zu verursachen, während die massenhaften kleineren Ekchymosen und Petechien in der Serosa der übrigen Därme keine Störungen verursachen. Schmerzen entstanden in beiden Fällen erst bei Eintritt der Invagination. Grätzer.

Engel (Berlin), Die Skrofulose und ihre Behandlung. (M. Kl. 1913 Nr. 51.) Der Regelung der Ernährung wird die größte Aufmerksamkeit zuzuwenden sein und die Grundlage der Skrofulosetherapie bilden. Man wird so vielleicht zwei Indikationen gerecht, nämlich die Konstitution und vielleicht auch die Tuberkulose und damit den Reiz, der von beiden ausgeht, zu beeinflussen.

Auf die durch die Tuberkulose bedingte Empfindlichkeit kann man aber auch mit Nutzen direkt spezifisch einwirken, und zwar durch die Behandlung mit Tuberkulin.

Aus eigner Erfahrung kann Verf. bestätigen, daß die skrofulösen Erscheinungen durch Tuberkulin gebessert werden. Gerade die sogenannten Skrofulotuberkulosen sind es, welche auf Tuberkulin günstig reagieren. Die Behandlung gestaltet sich insofern verhältnismäßig einfach, als die Tuberkulinempfindlichkeit nur im Anfange stark ist und dann schnell nachläßt. Nur bei den ersten Injektionen hat man stärkere Reaktionen zu erwarten und muß entsprechend vorsichtig dosieren. Bedenken, daß man durch therapeutische Herabsetzung der Tuberkulinempfindlichkeit den Körper in seinem Kampfe gegen die Tuberkulose stört, hält Verf. für rein theoretisch. Anerkennen muß Verf., daß die Tuberkulinbehandlung vergleichsweise umständlich ist.

Nur auf eines möchte Verf. nicht unterlassen hinzuweisen, nämlich daß man mit der ambulanten Verwendung von Tuberkulin recht zurückhaltend sein soll. Wer nicht über eine große Erfahrung verfügt, soll seine Hand lieber davon lassen.

Auf der Grenze zwischen den diätetischen und den medikamentösen Maßnahmen steht die Lebertranmedikation, welche sich von alters her eines gewissen Rufes erfreut. Sie ist auch unbedingt wirksam, ohne daß sich präzis angeben ließe, aus welchem Grunde. Zu

vermeiden ist nur die allzu reichliche Zufuhr. Czerny sah bei übermäßiger Lebertrandosierung (80 g p. d.) exsudative Symptome bei solchen Kindern auftreten, welche vorher keine hatten. Die maximale Dosis beträgt zirka zwei Eßlöffel pro Tag. Die käuflichen Emulsionen sind entbehrlich und unnötig teuer.

Jod hält Verf. für unentbehrlich. Dagegen haben Schmierseifeneinreibungen (2—3 mal wöchentlich) guten Einfluß. Ebenso die klimatische Behandlung. Wo man in der Lage ist, die skrofulösen Kinder an die See oder ins Hochgebirge zu bringen, da wird man es natürlich tun, weil alle therapeutischen Maßnahmen dort eine viel stärkere Wirkung entfalten oder sich im einzelnen sogar überflüssig machen werden. Es wäre aber durchaus zu weit gegangen, wenn man sich nur auf See und Hochgebirge beschränken wollte. Wo diese schwer und nur mit großen Kosten zu erreichen sind, wird ein Mittelgebirgsklima mit viel Sonne auch nicht zu unterschätzen sein. Ganz besonders die Gebirge im Südwesten von Deutschland, der Schwarzwald, Taunus, Spessart kommen in Frage. Auch der Harz und das sächsisch-schlesische Mittelgebirge können ruhig benutzt werden, sofern man nur die geschützten sonnigen Täler aufsucht. Beim Hochgebirge möchte Verf. vor einer Überschätzung der Schweizer Hochtäler warnen. So günstig gewiß die Erfolge des Engadins und anderer Hochtäler sind, so wird man doch, wenn es die äußeren Verhältnisse nicht gestatten, darauf verzichten können und mit Erfolg Kuren z. B. im bayrischen Hochland oder in Tirol durchführen können. Auch dort findet sich an geeigneten Gebirgshängen die Gelegenheit zur Heliotherapie, die ja selbst schon in Großstädten auf Dachterrassen mit Erfolg durchgeführt worden ist. Wenn man gar mit Czerny annimmt, daß die Hauptsache dabei die Freiluftbehandlung ist, so wird man in vielen Fällen erst recht kostspielige Badereisen vermeiden und gute Erfolge auch in der Heimat oder ihrer Nähe erzielen können.

Grätzer.

H. Pollitzer, Zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Niere und Tonsille und zur Diagnose okkulter tonsillogener Nierenläsionen. (Aus der II. Mediz. Klinik der Universität Wien.) Verf. hat im Vorjahre die Mitteilung gemacht, daß bei einem Teil der juvenilen „fakultativen" Albuminuriker, das heißt Individuen, bei denen eine Albuminurie entweder nur unter der Einwirkung einer pathologischen orthostatischen Übererregbarkeit auftritt (orthostatische Albuminurie) oder in mehr oder minder lang dauernden und an Intensität schwankenden Perioden (Albuminuria minima) sich im Harn eine abnorm intensive Chondroitsäurereaktion nachweisen läßt und dies auch zu Zeiten, da keine Albuminurie besteht. Also bei Orthostatikern im Nachtharn, bei Albuminuria minima in eiweißfreien Perioden, wo dann diese Individuen keine „Albuminuriker", sondern bloß „Chondroituriker" sind. Weiter hat Verf. gezeigt, daß diese pathologische Chondroitsäurereaktion akut auch bei Individuen, die nicht in diese Gruppe gehören, unter der Einwirkung von Infektionskrankheiten auftreten kann, unter denen im Vordergrunde die akute Tonsillitis steht. Hier kann die Chondroiturie gleichzeitig mit Albuminurie auftreten, sie kann der Albuminurie vorausgehen oder nach

Abklingen derselben sie lange überdauern. Sie kann aber auch dauernd ohne jede Albuminurie erscheinen und dann das einzige Zeichen der Einwirkung der akuten Tonsillitis auf die Niere sein.

Nun muß Verf. nochmals betonen, daß nur die Niere Jugendlicher diese chondroiturische Reaktion auf die Infektionstraumen zeigt, während man bei Erwachsenen trotz ebensolcher Bakteriurie entweder einen negativen Befund oder schon eine Albuminurie und die Symptome der Nephritis findet. Einige Tatsachen deuten darauf hin, daß die Chondroitsäure bei dem entzündlichen Untergange von Endothelzellen frei wird. Wenn wir sie nun sowohl beim echten Morbus Brighti und bei der Schrumpfniere der Jugendlichen ebenso vermissen wie bei den harmlosen Nierenläsionen der Erwachsenen, so müßten wir annehmen, daß in beiden Fällen die entsprechende Mauserung der Endothelzellen nicht mehr erfolgt. Doch ist dies nur Vermutung. Jedenfalls mangelt uns beim Erwachsenen jenes Frühsymptom okkulter Nierenläsion, das uns beim Kinde so gute Dienste leistet: die Chondroiturie. Und es mag sein, daß mancher chronischer Nierenprozeß, der anscheinend unvermittelt im mittleren Lebensalter auftritt, einer analogen Insuffizienz der lymphatischen Abwehrapparate gegen die täglichen Infekte seine Entstehung verdankt, nur daß wir dies in höherem Alter erst an dem gröberen und meist schon nephritischen Symptom der Albuminurie merken. Wenn man bei allen Jugendlichen außer der Eiweißreaktion im Harn auch die Chondroitsäurereaktion anstellt, wird man in vielen Fällen, bei denen die chronische Nierenläsion bisher sich der Beobachtung entzog, eine solche nachweisen können. Dann wird man, sei es durch systematische Schlitzung und Massage der Tonsillen, in hartnäckigeren Fällen aber gewiß durch Tonsillektomie, oft wohl unterstützt durch Abhärtungsmaßregeln und, was Verf. besonders betonen möchte, eventuell durch dauernde Versetzung eines Jugendlichen in ein minder infektiöses Klima, als es das unsere ist (Pensionate, Schulen in der Schweiz usw.), für die Jahre der Pubertätszeit, nicht selten späterem Unheile vorbeugen können. Grätzer.

Ph. Jung (Göttingen), Der Übergang von Arzneimitteln von der Mutter auf den Fetus. (Ther. Mh. 1914 Nr. 2.) Stroganoff perhorresziert die Schnellentbindung bei Eklampsie und greift auf die alte G. v. Veitsche Narkotikumbehandlung zurück, allerdings mit Ausschaltung der Chloroformnarkose; dafür gibt er große Dosen Morphium und Chloralhydrat. Die Ansichten über den Wert dieses Verfahrens für die Mutter widersprechen sich noch, doch scheinen die Resultate mancher Kliniken zu einer weiteren Prüfung zu ermutigen, welche auch an der Göttinger Klinik in einer Reihe von Fällen erfolgt ist. Dabei hat sich aber herausgestellt, daß diese Narkotikumtherapie für die Kinder durchaus nicht gleichgültig ist.

Während im allgemeinen bei der Eklampsie die Kinder nicht viel schwerer gefährdet sind als sonst — von ganz schweren Fällen abgesehen —, hat Verf. einige Beobachtungen gemacht, in denen die Schädigung und sogar der Tod der Kinder unstreitig auf die großen Dosen von Narkoticis zurückgeführt werden muß, welche den Müttern einverleibt werden.

Es muß also wohl ausgesprochen werden, daß die Stroganoffsche Methode der Eklampsiebehandlung bei einigermaßen längerer Dauer und höheren Dosen verschiedener Narkotika zusammen für die Kinder ganz unstreitig sehr gefährlich sein kann.

Eine andere, zeitweise bei Geburten in ziemlich großem Umfang angewendete Narkosenform war die Lumbalanästhesie, welche allerdings nach den klinischen Berichten keinen schädigenden Einfluß auf das Kind haben soll, wenigstens wird in den klinischen Berichten fast übereinstimmend behauptet, daß die Kinder nicht geschädigt würden. Experimentell wurde von Audebert geprüft, wie sich die Uteruskontraktionen bei Lumbalanästhesie verhalten; er verwendete gravide Schafe, Ziegen, Kaninchen und Hündinnen dazu. Allein die Frage, ob der Fetus geschädigt wird, hat er leider dabei nicht berücksichtigt, und so steht diese Frage noch offen. Verf. wird sie jetzt an seiner Klinik experimentell studieren lassen. Aber auch rein klinisch glaubt er bei zwei seiner Beobachtungen den raschen intrauterinen Tod der Frucht doch auf die Lumbalanästhesie mit Novokain zurückführen zu müssen.

Als eine weitere Gelegenheit zu sehr erheblicher Einwirkung von Narkoticis auf den Fetus von der Mutter aus muß die Skopolamin-Morphium-Narkose angesehen werden, die von Krönig und Gauss an der Freiburger Klinik inauguriert und von vielen Seiten nachgeprüft wurde. Im Gegensatz zu den Berichten bei der Lumbalanästhesie haben die meisten Beobachter eine Einwirkung dieser Narkosenform auf den Fetus festgestellt. So berichtet Gauss über 29% Beeinflussung der Kinder, Hocheisen über 33% desgl., Busse über 15% desgl., Lehmann über 23% desgl., Preller über 30% desgl. Dabei wurde ein Teil der Kinder asphyktisch, ein anderer im Zustand der sog. Oligopnoe (Gauss) geboren. Diese Resultate haben dazu geführt, daß die meisten Kliniker das Verfahren eingestellt haben, nur Freiburg hält zäh daran fest.

Gegenüber den bisher erörterten Schädigungen des Fetus durch gebräuchliche Heilmittel von der Mutter aus kommen nun aber auch einige Möglichkeiten in Betracht, die Frucht von der Mutter aus günstig zu beeinflussen.

Unter den hier zu nennenden Mitteln steht obenan das Quecksilber bei der fetalen Lues. Der Übergang des Quecksilbers von der Mutter auf den Fetus ist von Robolski und Cathelinau einwandfrei nachgewiesen, und zwar wird es bei Feten von Müttern, die z. B. in der Gravidität eine energische Schmierkur durchgemacht haben, in großen Mengen in allen Teilen des Fetalkörpers und auch im Fruchtwasser gefunden. Es ist also die Frage, ob eine syphilitische Schwangere mit Quecksilber behandelt werden soll, entschieden zu bejahen, da hierdurch nicht nur die Spirochäten in der Mutter, sondern auch die im Fetus vernichtet werden können. Man könnte dem die Gefahr einer Vergiftung entgegenhalten, da nach Kehrer bei Spiegelarbeiterinnen Aborte und „angeborene Schwäche“ (?) der Kinder häufig sein sollen. Es ist dem aber entgegenzuhalten, daß es sich hierbei um chronische gewerbliche Vergiftungen handelt, was bei einer gut geleiteten und beaufsichtigten Schmierkur nicht in Frage kommt.

Jedenfalls lehrt die Erfahrung, daß syphilitische Frauen, die einmal oder mehrere Male syphilitisch-faultote Kinder geboren haben, bei Einleitung einer Quecksilberkur während einer neuen Gravidität gesunde und gesund bleibende Kinder recht häufig gebären. Daher übersteigt der Nutzen einer solchen Kur ganz entschieden so erheblich deren möglichen Schaden, daß sie in allen einschlägigen Fällen eingeleitet werden sollte.

Auch das Jodkali wird bei tertiärer Lues für den Fetus nützlich sein, denn sein Übergang auf diesen ist an einer ganzen Reihe von Untersuchungen festgestellt worden.

Bei der zurzeit so ausgedehnten Anwendung des Salvarsans ist auch die Frage, ob Arsen in nennenswerten Mengen von der Mutter auf den Fetus übergeht, von aktuellem Interesse geworden. Doch liegen hier offenbar die Verhältnisse viel ungünstiger als beim Quecksilber. Nach Marecka und Lados wurde allerdings bei einem Fetus von 4 Monaten Arsen nachgewiesen, allein Porak leugnet diesen Übergang. Ob indessen hieraus ohne weiteres ein Vorzug des Quecksilbers vor dem Salvarsan zur Behandlung luetischer Schwangerer hergeleitet werden darf, erscheint deshalb fraglich, weil die Wirkung verschiedener Verbindungen desselben Mittels ganz verschieden sein kann und dem Salvarsan sicher ein sehr günstiger Effekt auf die mütterliche Lues innewohnt. Es mußte auch diese Frage in bezug auf das Salvarsan noch besonders geprüft werden.

Die von Porak und Runge übereinstimmend gefundene Tatsache des Übergangs von Chinin sulfur. könnte therapeutisch ausgenützt werden bei hochfieberhaften mütterlichen Erkrankungen. Bei solchen pflegt bekanntlich der Fetus, dessen Temperatur normaliter etwa $^1/_2{}^0$ höher liegt als die der Mutter, nicht selten an der Hyperpyrexie abzusterben. Man könnte daher und sollte in solchen Fällen stets Chinin versuchen.

Zum Schlusse muß noch kurz der modernen spezifischen Arzneimittel gedacht werden, der Antitoxine. Toxine sollen auf den Fetus übergehen. Für die Antitoxine scheint es noch nicht ganz entschieden, doch nehmen eine nicht geringe Zahl von Untersuchern ihren Übergang an auf Grund des biologischen Nachweises dieser Stoffe im fetalen Blut. Allein die wichtigste Frage, ob der Fetus durch diesen Übergang nur gegen Infektion geschützt wird, ist bei den meisten Antitoxinen nur schwer oder gar nicht zu entscheiden. Die einzige Gelegenheit, wo dies möglich wäre, hat aber ein sehr eigenartiges, gegen den Übergang des Antitoxins sprechendes Resultat ergeben, nämlich die Versuche über den Übergang der Pockenvakzine auf den Fetus.

Gelegentlich der Einschleppung echter Pocken durch russische Landarbeiter wurden prophylaktisch in Frauenkliniken die Schwangeren alle geimpft, und wenn die Theorie des Übergangs der Schutzstoffe auf den Fetus stimmte, so hätte bei den Neugeborenen die Impfung negativ ausfallen müssen. Allein bei einer Versuchsreihe, die Palm an der Göttinger Klinik angestellt hat, ergab sich, daß bei genügender Ausdauer, d. h. ev. mehrmaliger Impfung des Kindes, bei diesem jedesmal die Pocken aufgingen. Von 43 mit Erfolg geimpften Müttern (115—116 Tage ante partum) wurden 37 Neugeborene gleich

beim erstenmal mit Erfolg geimpft, fünf weitere beim zweiten Versuch, und bei dem letzten hatte erst die vierte Impfung Erfolg.

Aus diesen sorgfältigen Untersuchungen Palms geht hervor, daß die Resultate früherer Beobachter, welche aus der Erfolglosigkeit der Impfung bei Neugeborenen erfolgreich geimpfter Mütter auf den Übergang des Antitoxins geschlossen hatten, auf mangelhafter Beobachtung oder nicht genügender Ausdauer beruhten. Tatsächlich wird der Fetus durch die erfolgreiche Impfung der Mutter nicht geschützt, und diese Tatsache ist von großer prinzipieller Wichtigkeit, da sie erhebliche Zweifel darüber aufkommen läßt, ob in den Fällen, in welchen durch biologische Reaktionen der Übergang eines Antitoxins (z. B. Diphtherie) nachgewiesen scheint, ein wirklicher Schutz erzielt wird. Es wird sich dies für den Menschen, da sich für ihn das Experiment von selbst verbietet, nur sehr schwer entscheiden lassen.

Solche Tatsachen weisen aber mit großer Deutlichkeit darauf hin, daß bei den so sehr verwickelten Verhältnissen, welche bei der Aufnahme von chemischen Stoffen von der Mutter auf den Fetus statthaben, uns vielfach das Experiment, auch wenn es scheinbar ganz einwandfrei ist, im Stiche läßt und ohne die klinische Beobachtung nicht alle Erscheinungen restlos zu erklären sind. Das ganze Gebiet erfordert jedenfalls noch eine sehr erhebliche experimentelle Durchforschung, welche in ihrem weiteren Verlauf zum Ziel haben müßte, nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ den Übergang von chemischen Stoffen, besonders von Narkoticis und Heilmitteln, zu bestimmen, damit man vielleicht später so weit gelangen kann, für schwangere Frauen eine besondere Dosierung aufzustellen, welche, ohne dem Fetus zu schaden, doch dem therapeutischen Zweck genügt.

Grätzer.

Richard Walter, Zur Histopathologie der akuten Poliomyelitis. (D. Ztschr. f. Nervenh. 65. 1912 H. 2.) Den Untersuchungen des Verf.s liegen 4 Fälle akuter Poliomyelitis zugrunde, welche aus der westfälischen Epidemie (1908) stammen. Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: Es sind 2 Stadien der akuten Entzündung zu unterscheiden: das lymphozytäre und das plasmozytäre. In beiden Zellarten, Lymphozyten und Plasmazellen, spiegelt sich der Fortgang, den die akute Entzündung nimmt. Die anderen Zellarten werden, allerdings mit quantitativen Unterschieden, in beiden Stadien gefunden, und zwar Plasmazellen, polymorphe Zellen, Stäbchenzellen, Gliazellen und Ganglienzellen, letztere mit veränderter Tirridsubstanz, Atrophie, Kernverlust. Einen regelmäßigen Befund bildeten Einschlüsse in Ganglienzellen, und zwar war dieser Befund so regelmäßig und ihre Form so eigenartig, daß man daran denken muß, daß diese Einschlüsse für Poliomyelitis spezifisch sind. Schließlich schildert Verf. die von ihm gefundenen Veränderungen an Milz, Leber, Darm, Herz und Niere bei seinen Poliomyelitis-Fällen. Kurt Mendel.

E. Nobel, Zur Kenntnis der Sklerosen im frühen Kindesalter. (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 13. 1912 H. 1.) Es besteht eine infantile multiple Sklerose. Ziehen meint, daß das Krankheitsbild dem der Erwachsenen völlig analog ist, bezüglich der Patho-

logie erkennt er primäre und sekundäre Sklerosen an, erstere als endogene, letztere als exogene, einem entzündlichen Prozeß folgende deutend. Demgegenüber steht Marburg auf dem Standpunkt, daß jede Sklerose sekundär ist, daß eine primäre Gliawucherung stets tumorartigen Charakter trage und, wenn sie zirkumskript ist, als Gliom, wenn sie diffus ist, als Gliosis zu bezeichnen sei. Die diffusen Sklerosen können aber auch klinisch lokalisiert beginnen und erst allmählich diffus werden (Zappert), und auch die pathologische Anatomie zeigt eine gewisse Annäherung zwischen der diffusen und der multiplen Sklerose und die engen Beziehungen, die zwischen beiden bestehen. (Haberfeld, Spieler, Schilder.) Verf. bringt nun die Krankengeschichte und das Sektionsergebnis eines Falles, der anfänglich wie eine diffuse Sklerose anmutete, später jedoch auch klinisch den Gedanken einer multiplen Sklerose aufkommen ließ, und wo die Sektion eine Sklerose ergab, die sich in ihrem Wesen mehr der multiplen als der diffusen nähert: es war eigentlich nirgends ein akuter Herd zu entdecken, meist handelt es sich um Lückenfelder, und nur aus der Umgebung konnte der Schluß auf einen kürzlich stattgehabten Zerfall entzündlicher Genese gemacht werden. Auffallend war die starke Beteiligung der Hirnrinde, die mehr für die diffuse als für die multiple Sklerose charakteristisch ist. Es bleibt fraglich, ob dies eine besondere Reaktion des kindlichen Nervensystems, bedingt vielleicht durch toxische Agentien, ist. Kurt Mendel.

G. Proschkin, Untersuchung eines Falles von sporadischer akuter Poliomyelitis. (Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. 1912. H. 1.) Anatomisch genau untersuchter Fall von sporadischer akuter Poliomyelitis. Keinerlei Zeichen von Embolie oder Thrombose, was gegen die P. Mariesche Emboliethoorie der Poliomyelitis spricht. In der Medulla oblongata und im Gehirnstamm sind sowohl die Zellinfiltration als auch degenerative Veränderungen der Ganglienzellen bedeutend schwächer als im Rückenmark, die Abhängigkeit der Gewebsinfiltrate von den Gefäßen bzw. Lymphdrüsen tritt hier noch ebenso deutlich wie im Rückenmark hervor. Eine stärkere Infiltration findet sich in den Kernen des 7., 8., 10. und 11. Hirnnerven. Die sensiblen Kerne sind fast ganz frei von Infiltration und degenerativen Veränderungen.

Im verlängerten Mark und im Pons sind die Veränderungen in bezug auf Intensität und Lokalisation auf beiden Seiten ganz gleich. Im Pons und in den Zentralganglien sind trotz der schwächer entwickelten übrigen Entzündungserscheinungen die Hämorrhagien etwas häufiger und ausgedehnter als im Rückenmark, das doch der Hauptsitz der Entzündung ist. Eine Reihe von Momenten macht die Annahme sehr wahrscheinlich, daß der größte Teil der Rundzellen aus den lymphadenoiden Geweben und dem perivaskulären Gewebe stammt, um sich von hier im Nervengewebe zu verbreiten.

Der Tod trat in Verf.s Fall infolge einer Lähmung der bulbären Zentren ein.

Bezüglich der Pathogenese ist anzunehmen, daß das Virus bzw. sein Toxin (vom Darmkanal aus) in die Ganglienzelle eindrang, dieselbe primär schädigte und durch seine chemotaktische Wirkung

die zelligen Elemente heranlockte. Dementsprechend befanden sich die meisten der Neuronophagie anheimgefallenen Zellen im Zustande einer starken Alteration. Kurt Mendel.

Meldola (Hamburg), Der Alkoholmißbrauch in Hamburg in seinen Beziehungen zum Jugendalter. (Ztschr. f. jugendlichen Schwachs. 5. 1911 S. 326.) Die Untersuchungen des Verf.s erstrecken sich auf 6029 Kinder, von denen 30,6% niemals Alkohol genossen haben, 61,5% gelegentlich und 7,9% regelmäßig trinken. Als Durchschnittsklassenplatz ergab sich für die abstinenten Kinder 18, gelegentlich trinkenden Kindern 26 und regelmäßig trinkenden Kindern 31.

Für 1437 Kinder aus 11 Hamburger Hilfsschulen wurde das Konzeptionsdatum berechnet, ebenso für 494 Epileptiker der Alsterdorfer Anstalten. Entsprechend den Festen Ostern, Pfingsten, Weihnachten und Neujahr zeigen sich Kulminationspunkte. Alkoholmißbrauch der Aszendenz wurde bei Alsterdorfer Material in 21,8% der Fälle nachgewiesen. In den Hilfsschulen ist dieser Prozentsatz höher. Aus eigener Praxis werden einige Beispiele für die Verhältnisse der Trinkernachkommen gegeben. Zur Besserung notwendig ist das Beispiel der oberen Schichten der Bevölkerung und Hebung der Lebenshaltung und Gewohnheit der arbeitenden Schichten.

K. Boas (Straßburg i. Els.).

G. Major, Das Wesen der Debilität im Gegensatz zur moralischen Verderbtheit. (Ztschr. f. Psychother. 5. 1913 H. 3 u. 4. S. 185.) 1. Der ethische Defekt eines debilen Kindes zeigt sich von frühester Jugend an, wo eine Einwirkung durch äußere Verhältnisse noch ausgeschlossen ist. Der ethische Defekt eines normalen Kindes entsteht durch schlechtes Vorbild, mangelhafte oder falsche Erziehung, schlechten Umgang, schlechte Lektüre usw.

2. Beim debilen Kinde sind Lob und Strafe absolut nutzlos, da es keinen Unterschied zu machen versteht zwischen Verbotenem und Erlaubtem. Sein Handeln steht nicht im Gegensatz zu seinem Wesen, daher kann es keine Reue empfinden. Das normale Kind empfindet über seine Untaten Schmerz, es hat Einsehen in das Verkehrte seiner Handlung und ist für Lob und Tadel zugänglich.

3. Beim debilen Kinde finden sich neben den ethischen Mängeln intellektuelle Schwächen, vor allem eine auffallende Urteilsschwäche bei sonst guter Intelligenz. Beim moralisch verderbten Kinde ist die Intelligenz intakt.

4. Das debile Kind hat auch körperliche Merkmale der Degeneration, besonders an den Genitalien und am Schädel. Das normale Kind braucht keine körperliche Verbildung zu haben, hat sie auch meist nicht.

5. Endlich entsteht die Debilität infolge hereditärer oder erworbener Ursache, aber eine Belastung ist nicht die Grundbedingung der moralen Entartung. K. Boas (Straßburg i. Els.).

A. Splittgerber, Studien über die Trockensubstanz der Milch. (Ztschr. f. Unters. d. Nahrungsmittel 24. 1912 H. 8.) (Aus

dem Städtischen Hygienischen Institut in Frankfurt a. M.) Zur Feststellung, in welchem Grade die Milchbestandteile bei längerem Trocknen Zersetzungen erleiden, wurden sie einzeln und zusammen auf ihr Verhalten beim Trocknen näher untersucht. Dabei ergab sich:

Die Veränderungen, die bei mehr oder weniger langem Trocknen in der Milchtrockensubstanz vor sich gehen, sind fast ganz durch die Gegenwart der Milchsäure bedingt, die ein ganz besonderes Verhalten zeigt. Für sich allein abgedampft und getrocknet, verflüchtigt sie sich schon nach ganz kurzer Zeit fast vollständig; in Verbindung mit einzelnen Milchbestandteilen, z. B. Kasein, Albumin, Milchzucker, und in der Milch selbst bindet sie sich zum großen Teile ab und wird dadurch verhältnismäßig beständig; ein anderer Teil versetzt sich je nach dem Säuregrad der Milch und der Trocknungsdauer mehr oder weniger. Diese Gewichtsabnahme kommt bei normaler Milch nach 1 stündiger Trocknungsdauer praktisch noch nicht in Frage, dagegen sind nach länger ausgedehnter Trockenzeit (2 Stunden und darüber) schon deutlich erkennbare Verluste eingetreten.

Bei einer Trocknungsdauer bis zu 1 Stunde wurde kein Milchbestandteil merklich verändert, woraus geschlossen werden muß, daß nach dieser Zeit die angewendeten Mengen quantitativ wieder gefunden wurden; umgekehrt konnte demnach auch kein Wasser mehr vorhanden sein.

Bei einer länger ausgedehnten Trocknungsdauer (zwei Stunden und darüber) wurden außer der Milchsäure verändert:

1. überhaupt nicht oder nur unwesentlich: Milchfett, Zitronensäure bzw. ihre Salze, Albumin, Milchzucker.
2. mehr oder weniger stark: Kasein, Mischungen von Milchzucker mit Phosphaten sowie Mischungen von Kasein mit Milchzucker und Phosphaten.

Der durch Trocknen bis zur Gewichtskonstanz erhaltene Trockenrückstand entspricht deshalb nicht mehr der Summe der in der Milch vorhandenen festen Einzelbestandteile.

Die Zeit von einer Stunde ist diejenige Trocknungsdauer, bei welcher der gewichtsanalytisch ermittelte Trockenrückstand der Summe der festen Milchbestandteile am nächsten kommt.

Das Verhalten der Milchsäure gibt offenbar die Erklärung der Tatsache, daß in saurer Milch die gewichtsanalytische Bestimmung der Trockensubstanz gegenüber der Berechnung merklich niedrigere Werte ergibt. K. Boas (Straßburg i. Els.).

P. Mex, Beobachtungen über den Zusammenhang periodontetischer Erkrankungen zu Allgemeinkrankheiten, insbesondere zu den Drüsenerkrankungen im Kindesalter. (D. Mschr. f. Zahnhlk. 1913 Nr. 3.) Schlußfolgerungen:

A. Die periodontetisch erkrankten, sowie die mit gangränöser Pulpa behafteten Zähne, besonders die Backenzähne der Kinder, stehen in engster Beziehung zu den Drüsenerkrankungen des Halses und Kopfes und zu den infektiösen Kinderkrankheiten

1. dadurch, daß die in der Nachbarschaft der kranken Zähne sich befindenden Drüsen und Schleimhäute selbst erkranken und den Nährboden für die Krankheiten präparieren.
2. daß sie alle Infektionsstoffe (inkl. Tuberkelbazillen) bei sich beherbergen und nähren, sowie dieselben bzw. die Toxine in die Blut- und Lymphbahnen entsenden.

B. An sämtlichen Schulen muß eine halbjährliche Untersuchung und Behandlung der Mundhöhle durch approbierte Zahnärzte obligatorisch stattfinden. Desgleichen müßte zu jedem größeren Krankenhause ein Zahnarzt ständig hinzugezogen werden.

K. Boas (Straßburg i. Els.).

O. Mergelsberg, Über Uteruskarzinom im Kindesalter. (Diss. Berlin 1913.) Die fleißige Arbeit gibt zunächst eine dankenswerte Zusammenstellung der Fälle von Sarkom der Vagina im Kindesalter in chronologischer Reihenfolge (37 Fälle), woraus zu ersehen ist, daß das Sarkom meistens in den ersten Lebensjahren aufgetreten ist; dann werden die bis jetzt beschriebenen Fälle des noch selteneren Uterussarkoms in Kürze aufgezählt. Danach kommt Verf. zu seinem eigentlichen Thema, dem äußerst seltenen, in der Literatur bis jetzt nur einmal verzeichneten Gebärmutterkrebs im Kindesalter. Vorausgeschickt wird ein kurzes Resumé über einen von Bertkau bzw. Aschheim mitgeteilten, von Bumm operierten Fall von Scheidenkarzinom bei einem achtmonatigen, acht Wochen post operat. verstorbenen Kind, dann eine ausführliche Wiedergabe des bekannten, von Ganghofer operierten Falles von Uteruskarzinom bei einem 8jährigen Mädchen, worauf dann Verf. seinen eigenen Fall genau schildert. Er dürfte insofern einzig dastehen, als es der erste Fall ist, der 4 Jahre rezidivfrei geblieben ist. Es handelt sich um ein typisches Adenokarzinom bei einer 7jährigen, das seinen Ausgang von der vorderen Muttermundlippe genommen hat. Interessant ist die Tatsache, daß schon im vierten Lebensjahr Blutungen aus der Scheide beobachtet worden sind. Man hätte es dann mit einem auffallend langsam gewachsenen Krebs zu tun, auffallend, weil die malignen Neubildungen um so bösartiger sind, in je früherem Alter sie auftreten. Operation am 30. April 1908 (San.-Rat Dr. Glöckner) und Exstirpation von Uterus, beider Adnexe und des oberen Scheidendrittels. Am 18. August 1911 findet Verf. die Kleine blühend und gesund aussehend, geistig sehr rege und frisch. Beim Abschluß der Arbeit, 1912, Januar Revision: Körpergröße 136,4, Gewicht 27,2 kg, Brustumfang 58,5—61,5. Nichts von Rezidiv feststellbar. Im Juni 1912 Krebsmetastasen in den inguinalen Lymphdrüsen (mikroskopische Untersuchung) Radikaloperation der erkrankten Drüsen abgelehnt, statt dessen Röntgentherapie, die dem Wachstum der Metastasen keinen Einhalt gebietet.

H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

R. Werndorff, Zur Retentionsbehandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (Aus dem k. k. Univers.-Ambulatorium f. orthop. Chirurgie in Wien.) (Wiener klin. Rundschau 1913 Nr. 38.) Woran liegt es, daß in einer Reihe von Fällen auch bei langmonatlicher Fixation keine anatomische Heilung erzielt werden kann? Diese Frage beantwortet Verf. eingehend. Es stehen uns eine Reihe von Mitteln zu Gebote, die es ermöglichen, trotz aller anatomischen Schwierigkeiten eine Restitution ad integrum zu erzielen. Zu diesen Mitteln gehört erstens eine individualisierende Wahl der Verbandstellung, Hyperextensions- und Repressionsverbände, zweitens die Detorsion des antevertierten Schenkelhalses.

Nun gibt es aber wiederum Fälle, welche auch den obenerwähnten Maßnahmen trotzen, und denen man oft ratlos gegenüber steht. Vollständiger Mangel eines Pfannendaches, zu weiter Kapselschlauch, kleiner, mißgebildeter Kopf bewirken es, daß von einer konzentrischen Kopfeinstellung in irgendeiner Stellung nicht gesprochen werden kann. Da nun fixiere man in Überstreckung und negative Abduktion ein bis zwei Jahre, erzeuge eine der Ankylose ähnliche Kontraktur im Gelenk und hole das Bein aus der kontrakten Stellung durch eine subtrochantere Osteotomie herunter.

Zum Schlusse will Verf. noch eines Vorschlages gedenken, den er zur Behandlung nicht reponibler Hüften machte. Bekanntlich kann man fast alle nicht mehr reponiblen angeborenen Hüftluxationen durch eine Palliativoperation wesentlich in ihrer Funktion verbessern. (Lorenz-Inversion.) Durch Überstreckung und Abduktion wird der luxierte Kopf von hinten an eine geeignetere Stelle des Darmbeines nach vorne gestellt und so neben der Beseitigung der Lordose eine wesentliche Funktionsverbesserung erzielt. Die Belastungsschmerzen schwinden meist. Hier und da nun erlebte man es, daß trotz einer vorgenommenen Stellungsverbesserung durch die Lorenzsche Inversion die Schmerzen andauern. Verf. glaubt, die Ursache dieser Erscheinung in einer besonderen Steilheit des Darmbeines gefunden zu haben, welches dem nach vorne gestellten Kopfe keine Stütze bietet. Er hat dann mit Erfolg eine antetorquierende Verwendung des oberen Femurendes mit nachfolgender, die Auswärtsrollung korrigierender Osteotomie vorgenommen. Der in Außenrotation von 90° an das Darmbein gepreßte Kopf findet nun mit dem Schenkelhalse und dem Trochanter eine ausgezeichnete Stütze. Notwendig ist nur, daß man in dieser Stellung eine Kontraktur durch langmonatliche Fixation erzeugt und später beim Aufgeben der Fixationsperiode sofort die Osteotomie macht.

Man erzeugt natürlich dadurch eine Anteversion von 90°, aber gerade diese liefert in diesem Falle die beste mechanische Voraussetzung für eine Stütze am Darmbein.

In verzweifelten Fällen würde Verf. davor nicht zurückschrecken, die antetorquierende Verwendung mit einer Ankylosierung zwischen Darmbein und Trochanter, Kopf und Hals zu verbinden. Grätzer.

Paul Heim (Budapest), Parenterale Infektionen und Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. (Aus der Säuglingsabteilung des Landesvereins für Mutter- und Säuglingsschutz in Budapest.) (Ebenda.) Einige interessante Beobachtungen.

Die Therapie hat sich gegen die Infektion wie auch gegen die Verdauungsstörungen zu richten. Bei katarrhalischen Erkrankungen der Luftwege sind die Salizylpräparate indiziert, welchen man behufs Herabsetzung der Darmperistaltik je nach dem Alter ein bis drei Tropfen Opiumtinktur und etwas Bismut hinzusetzen kann. Bei Pyelitis reichen wir Salizyl mit Urotropin und Opium. Hautabszesse werden inzidiert. Es ist ein Fehler, Abführmittel zu reichen. Wir wissen ja, daß die gesteigerte Peristaltik, der Katarrh der Darmschleimhaut durch die im Darminhalte entstandenen Fettsäuren verursacht wird, in solchen Fällen ist daher das Rizinusöl direkt schädlich. Ebenso verhält es sich mit dem Kalomel, welches in medikamentären Dosen gar keine Darmdesinfektion erzeugt, die Darmschleimhaut hingegen hochgradig reizt. Bezüglich der Ernährung lasse man in erster Reihe den Säugling nicht hungern. Da sein Appetit abgenommen hat, restringiert er ohnehin sein Nahrungsquantum. Nur wenn Intoxikationserscheinungen bestehen, reiche man zwölf Stunden lang nur Tee und dann in kleiner Menge Frauen- oder Kaseinfettmilch. Wurde der Säugling mit Frauenmilch genährt, lasse man ihn dabei und trachte dann, daß er seinem Gewichte entsprechend 60 Kalorien Frauenmilch auf 1 kg Körpergewicht erhalte. Bei künstlicher Ernährung restringiere man den Zucker und gebe statt dem Rohr- oder Milchzucker den schwerer gärenden, aus Malzzucker und Dextrin bestehenden Soxhletschen Nährzucker.

In leichteren Fällen kommt man mit dieser Therapie vollkommen aus. In manchen Fällen bestehen aber die Diarrhöen hartnäckig fort, und wir sind gezwungen, andere diätetische Nahrungen anzuwenden. Diese sind die Finkelsteinsche Eiweißmilch und Heim-Johnsche Kaseinfettmilch. Die letztere empfiehlt Verf. in erster Reihe, weil sie zu Hause sehr leicht hergestellt werden kann. Ihre Bereitungsweise ist folgende: $^1/_2$ l rohe Milch wird auf 37° C erwärmt, dann setze man hinzu einen Kaffeelöffel voll Simonscher „Labessenz", wodurch die Milch in 10 bis 15 Minuten gerinnt. Die geronnene Milch legt man in ein Sieb, läßt die Molke abfließen und gibt die in dem Sieb zurückgebliebene, käsige Masse, welche aus Parakaseinkalziumphosphat besteht, in $^1/_2$ l heißes (zirka 80° C) Wasser und preßt sie durch ein Haarsieb sechs- bis achtmal mit einem Löffel durch, wodurch eine feine Verteilung der käsigen Masse im Wasser erzielt wird. Es ist wichtig, daß die gesamte Käsesubstanz in fein verteiltem Zustande im Wasser vorhanden sei. Nun wird die Flüssigkeit aufgekocht. Dadurch kann der Käsestoff wieder koagulieren, in welchem Fall dieselbe wieder ein- bis zweimal durch ein Sieb durchgerieben wird.

Die Prozedur muß sehr gewissenhaft ausgeführt werden. Wenn sie gelungen ist, setze man $^1/_2$ l heiße Milch und 30 g Soxhletschen Nährzucker hinzu und koche das Ganze noch einmal auf. Von dieser Nahrung bekommt der Säugling ein seinem Alter und Ernährung entsprechendes Quantum. Die Wirkung ist in der Regel sehr rasch

zu bemerken. Die Diarrhöen hören auf, und es treten seifenförmige Stühle auf. Die Nahrung ist arm an gärungsfähigem Zucker, doch reich an Kasein und Kalzium. Die Zuckerarmut, besonders die Reduktion des Milchzuckers, bietet wenig Stoff zur Gärung, der reiche Kaseingehalt wirkt gärungshemmend, während durch das Kalzium die dennoch entstehenden Fettsäuren zu unlöslichen Kalkseifen gebunden werden. Grätzer.

P. Jödicke, Zum Nachweis von organabbauenden Fermenten im Blute von Mongolen. (Aus den Kückenmühler-Anstalten in Stettin.) (Ebenda.) Es wurde auf Abbau von Gehirn, Schilddrüse, Geschlechtsdrüsen, Nebennieren, Nieren, Leber, Pankreas und Muskel untersucht, während Thymus nicht zur Verfügung stand. Im ganzen fand diese Methode bei sieben ausgesprochenen Mongolen Anwendung. In folgendem sind die Resultate kurz angeführt:

1. Franz W. Hoden +. Alle anderen Organe —.
2. Frieda N. Gehirn, Ovarien, Nebenniere +. Leber? Alle anderen Organe inklusive Hoden —.
3. Ewald R. Gehirn, Hoden, Niere +. Alle anderen Organe —.
4. Minna Fr. Gehirn, Ovarien, Pankreas +. Niere, Nebenniere? Alle anderen Organe —.
5. Georg G. Gehirn, Hoden, Niere, Nebenniere +. Alle anderen Organe inklusive Ovarien —.
6. Hans L. Gehirn, Hoden, Leber +. Alle anderen Organe —.
7. Frieda N. Gehirn, Nebenniere +. Alle anderen Organe —.

Die Erwartungen wurden durch diese Ergebnisse nicht in vollständigem Maße befriedigt. Sie lassen zunächst ein negatives Resultat erkennen insofern, als in keinem Falle eine Dysfunktion der Schilddrüse nachgewiesen werden konnte.

Die Tatsache, daß mit einer Ausnahme eine Reihe von Organen abgebaut wurden, läßt darauf schließen, daß schwere Organschädigungen mit hochgradigen Stoffwechselstörungen stattgefunden haben, die einen Zusammenbruch ganzer Zellenkomplexe zur Folge hatten. Es findet ein fermentativer Abbau der heterogensten Zellbausteine statt, wobei es zu den verschiedensten unvollständig abgebauten Produkten kommt. Der Umstand, daß in allen Fällen, mit Ausnahme von Nr. 7, spezifische Fermente gegen Geschlechtsdrüsen derselben Art gefunden wurden, spricht für eine besondere pathogenetische Bedeutung der Keimdrüsen. Eine definitive Klärung wird uns hoffentlich die optische Methode bringen. Die vielfach auch vom Verf. beobachteten Hypoplasien der Genitalorgane bei Mongolen sprechen sicherlich nicht zugunsten dieser Anschauung.

Eine derartige Kranke der Anstalt ist trotz ihrer 18 Jahre noch nicht menstruiert, zeigt durchaus infantilistische Züge, keine Spur von Behaarung des Mons veneris oder der Achselhöhle. Es wäre allerdings auf Grund der Untersuchungen auch denkbar, daß das primär gebildete Ferment vom Gehirn stammt. Es ist freilich nicht einzusehen, warum im Fall 1 trotz hochgradiger Idiotie kein positiver Hirnbefund erhoben werden konnte. Die Vorstellung jedoch, daß unvollständig abgebaute Stoffwechselprodukte einer Reihe anderer Organe,

vor allem der Keimdrüsen, schon frühzeitig im Blute des Embryo zirkulieren und sekundär die Schädigung und Entwicklungsstörung im Zentralnervensystem hervorrufen, liegt wohl unserem Verständnis näher. Als Ursache dieser Erscheinungen kämen letzten Endes deletäre Wirkungen der Eltern in Betracht. Weitere Beobachtungen auf diesem eingeschlagenen Wege werden hoffentlich manches Dunkle noch lichten und uns schließlich zu einer bestimmten Pathogenese dieses ebenso eigenartigen wie interessanten Krankheitsbildes führen.

Grätzer.

P. Michaelis, Achsendrehung des Dünndarmes und des Colon ascendens bei einem Neugeborenen. (Aus dem pathologisch-hygienischen Institut der Stadt Chemnitz.) (Ebenda.) Von allen Fällen der Literatur unterscheidet sich Verf.s Fall in mancherlei Beziehung; hauptsächlich dadurch steht er einzig und allein da, daß sämtliche Darmabschnitte ein eigenes Gekröse besitzen.

Fragen wir uns nach der Ätiologie der Achsendrehung, so finden wir in diesem Falle folgendes:

Die Geburt erfolgte spontan, das Kind war anscheinend völlig gesund. Irgendwelche Manipulationen, wie etwa Schultzesche Schwingungen, wurden nicht mit ihm vorgenommen. Anfangs trank es gut. Am dritten Tage trat plötzlich Abgang von Blut per anum auf. Wie kam dies? Die Passage des Darminhaltes ist durch die hochgradig verengte Valvula Bauhini sehr gestört. In den ersten Tagen, als nur Mekonium und Tee den Darm passierten, trat keine Funktionsstörung auf. Dann aber, als die schwerer verdauliche Milch vom Säuglinge getrunken wurde, erfolgte eine vollständige Umwälzung in der Darmfunktion. Es trat infolge der Passagehemmung von dem Dünn- zum Dickdarme eine Kotstauung an dieser Stelle auf. Die Folge waren nun verstärkte peristaltische Bewegungen; der Darm steifte und drehte sich, er fand ein unüberwindliches Hindernis. Dazu gesellt sich nun hier das schmale Mesenterium des Dünndarms und das freie Gekröse der einzelnen Dickdarmabschnitte. Nun konnte das Mesenterium nachgeben, es trat die tödliche Achsendrehung ein, welche außer dem Dünndarm das Duodenum und Colon ascendens nach sich zog. Die großen Mesenterialgefäße wurden torquiert, es trat eine profuse Blutung in das Darminnere ein.

Für diese Deutung spricht der objektive Befund, besonders auch der Darminhalt. Magen und Duodenum ist leer, desgleichen Colon transversum und descendens, während die abgeklemmten Darmteile dunkelrot gefärbten Inhalt, fast reines Blut, aufweisen. Grätzer.

H. Steffen (Zürich), Die salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie. (Inaug.-Dissert. Zürich 1912.) Die salzarme Kost erhöht den therapeutischen Effekt der Brombehandlung ganz bedeutend.

Die salzarme Kost kann beliebig lange verabreicht werden, ohne Schaden des Patienten, sofern der NaCl-Gehalt der Nahrung in angemessenen Grenzen gehalten und für genügende Schmackhaftigkeit der Speisen hinreichend gesorgt ist.

Die Gefahr der Bromintoxikation ist nicht hoch einzuschätzen,

da uns im Natriumchlorid das spezifisch wirkende Gegenmittel gegeben ist.

Im Chloralhydrat haben wir ein wesentliches Unterstützungsmittel der Bromsalze für die Bekämpfung epileptischer Attacken.

Die Ulrichschen Bromtabletten vereinfachen die Durchführung eines allen Anforderungen entsprechenden salzarmen Regimes und repräsentieren ein voll wirksames Bromprăparat. K. Boas.

Perrin, Exostoses ostéogéniques multiples accompagnées d'arrêts de développement et de déformations du squelette. (Rev. d'orthop. 1914 Nr. 1. S. 53.) Verf. berichtet über eine Familie mit multiplen kartilaginären Exostosen, nämlich bei Vater, Tochter und Sohn. In allen 3 Fällen ist es zu Wachstumsstörungen im Bereich des einen Vorderarmes gekommen. Die Ulna ist verkürzt, dadurch hat sich der Radius verbogen, so daß die Hand in ulnarer Abduktion steht; bei dem 13 jährigen Mädchen ist es noch obendrein zur Luxation des Radiusköpfchens nach oben gekommen.

Im Anschluß hieran stellt Verf. 33 Beobachtungen von derartigen Wachstumsstörungen aus der Literatur zusammen. Sie sind außerordentlich häufig; es wäre zu wünschen, daß solche Patienten Jahre hindurch regelmäßig nachuntersucht würden, damit man ein genaueres Bild sowohl von den lokalen wie von den allgemeinen Wachstumsstörungen erhielte. Von den hierfür gegebenen Entstehungserklärungen sind die Volkmannsche Theorie (Rachitis) und die Bessel-Hagensche (der Knochen büßt an Länge ein, was er an Dicke gewinnt) nicht mehr haltbar. Man muß zurzeit annehmen, daß alle Erscheinungen der multiplen Exostosenbildung, nämlich diffuse Knochenverdickungen, Exostosen, Wachstumsstörungen auf eine gemeinsame Störung der Ossifikation der Epiphysenknorpel zurückzuführen sind. Ob letztere einer einfachen Entwicklungsanomalie oder einer irgendwie gearteten Intoxikation ihre Entstehung verdankt, ist zurzeit noch nicht bekannt. An dem Moment der Heredität kann man aber nicht einfach vorübergehen. Peltesohn (Berlin).

Arnold Netter, Myélite aiguë diffuse guérie par les injections intrarachidiennes de Sérum de sujets anciennement atteints de paralysie infantile. Sérothérapie de la poliomyélite antérieure. (Bull. Acad. de med. 1914, Sitzung vom 7. April.) Ein 34 jähriger Mann, kräftig, allen Sports ergeben, erkrankt mitten in voller Gesundheit, am 5. Nov. 1913 mit Fieber, Abgeschlagenheit, Kopfschmerz und einer, durch eine Kongestion der Basis der linken Lunge komplizierten Koryza. Er schien nahezu geheilt, als in der Nacht des 15. meningitische Symptome auftraten, Steifigkeit des Nackens und Rumpfes, gleichzeitig eine schnell komplexe Lähmung der Beine und Urinverhaltung. Man findet zugleich auch einen Verlust aller Arten der Sensibilität, und diese Anästhesie gewinnt beständig an Höhe.

Es handelt sich, woran nicht zu zweifeln, um eine diffuse, schwere, alle Teile des Rückenmarks, die weißen Stränge wie die graue Substanz betreffende Myelitis. Die Erkrankung zeigt einen unverkennbar progressiven Charakter. Durch Übergreifen auf das Halsmark,

dann auf den Bulbus, droht sie binnen kurzem den Tod des Kranken herbeizuführen.

Angenommen, daß dieser rasche Ausgang verhütet würde, so bleiben in jedem Fall die irreparablen Störungen einer Querschnitts-Myelitis. Das ist die unheilbare Paraplegie mit ihrem üblichen Gefolge des Dekubitus, der Urininfektion. Der Kranke ist dazu berufen, ein Siecher zu werden, und sein elendes Dasein wird ohne Zweifel abgekürzt durch die Komplikationen, die man kennt.

Diese so düstere Prognose hat sich nicht erfüllt. X . . . ist gegenwärtig in vollem Besitz seiner früheren Gesundheit. Er konnte am 29. Nov. wieder aufrecht sein, am folgenden Tag gehen. Nach einem Aufenthalt im Süden konnte er nach seiner Rückkehr nach Paris am 15. Januar seine ziemlich anstrengende Existenz wieder aufnehmen, die ihn nötigt, wenigstens zweimal täglich fünf Stockwerke zu erklimmen. Er hat am 1. Febr. seine Jagdpartien wieder aufgenommen, und von der schweren Krankheit zeigt sich nichts mehr.

Dieses glückliche Ergebnis ist, wie Verf. überzeugt ist, die Folge der 48 Stunden nach Beginn der Lähmung einsetzenden Behandlung, die in intraspinalen, neun Tage hintereinander wiederholten Injektionen eines von einem ehemals an Kinderlähmung erkrankt gewesenen Individuums stammenden Serums bestand, einer Behandlung, die Verf. schon während des Oktober 1910 bei vier Kranken angewendet hatte.

Für diese Injektionen hat sich Verf. an acht Personen gehalten, deren Alter zwischen 9 und 42 Jahren schwankte, deren Paralyse auf vier Monate im Minimum, auf 29 Jahre im Maximum zurückging. Die Kranken gehörten teils seiner Stadtklientel, teils den Abteilungen der Kollegen Iriboulet, Savariaud, Souques, Déjerine und Babinski an.

Von drei vom Verf. seit 1910 beobachteten Kranken starben zwei in weniger als einer Woche mit Atmungsstörungen; der dritte, an Paraplegie mit Dekubitus leidend, starb nach $2^1/_2$ Monaten. Er war wie der jetzige Kranke behandelt worden, aber die Behandlung war zu früh unterbrochen worden. Bei diesem konnte die Ausdehnung nach oben aufgehalten, aber die dauernden Schädigungen nicht verhindert werden.

Bei dem jetzigen Kranken war jeder Tag der Behandlung durch neue Fortschritte, sowohl seitens der Sensibilität wie seitens der Bewegungsfähigkeit der verschiedenen Körperabschnitte gekennzeichnet.

Des Serums ehemaliger Kranker hat Verf. sich bedient, weil er wie Levaditi (April 1910) gezeigt hatte, daß dieses Serum, nach einem hinreichend langen Kontakt, das Virus der Poliomyelitis neutralisiert. (In einer Mitteilung an die Soc. des hop. vom 27. März 1914 hat Verf. gezeigt, daß die Myelitis acuta diffusa der klinische Ausdruck des Virus der Kinderlähmung sein kann, und er hat davon den experimentellen Nachweis bei dem Kranken geliefert, welcher den Gegenstand der vorliegenden Mitteilung bildet. Anm. d. Refer.) Diese Neutralisation, die man nur in vitro für möglich hielt, hoffte Verf. in vivo verwirklichen zu können. Vor ihm hatten Flexner und Lewis schon gezeigt, daß die Injektionen von Serum mit Paralyse geheilter Affen bei den mit dem Virus geimpften Affen die Entwicklung der Polio-

myelitis hemmen. Zur Erzielung dieses Resultates soll mit den Seruminjektionen am Tage der Injektion des Virus oder am nächsten Tag, d. h. mehrere Tage vor dem Auftreten der Paralyse begonnen werden. Man ist glücklicherweise beim Menschen besser daran, dessen Poliomyelitis weniger schwer, von weniger foudroyanter Art als beim Affen ist. Nur von vormaligen Kranken soll das Serum entnommen werden. In der Tat hat man das neutralisierende Prinzip beim Pferd oder den anderen, für die Präparation von Serum benutzten Tieren nicht erzeugen können. Nur die Affen könnten es liefern, aber man wird bei der Anwendung ihres Serums Bedenken tragen.

Die Beobachtung stellt also fest, daß man mit Injektionen von Serum vormaliger Kranker die Manifestationen des Poliomyelitis-Virus zur Heilung bringen kann. Durchaus erforderlich wird es sein, die Behandlung so früh wie möglich vor der Bildung definitiver Schädigungen zu beginnen. Diese Mögllchkeit wird sich in mehr als einem Fall gegeben finden, besonders bei den Formen mit meningitischem Beginn. Ebenso empfiehlt sich die Wiederholung der Injektionen mehrere Tage hintereinander. Die injizierte Gesamtmenge an Serum betrug bei dem Kranken 66 ccm. Stets hat sich Verf. vergewissert, daß die WR bei den Blutspendern negativ war. Jeder Gefahr ließe sich, wie Roux in der Diskussion bemerkte, durch Konservierung und Erhitzung des Serums auf 52° begegnen.

H. Netter (Pforzheim).

L. Senlecq, Contribution à l'étude de la méningite syphilitique chez l'enfant. (Bull. Soc. de l'Internat des hopitaux de Paris 1914 Nr. 1.) Genauere Beobachtungen von syphilitischer Meningitis des Kindes gibt es nicht viel. Das Interesse an der angezeigten Mitteilung liegt in der Übertragungsart der spezifischen Infektion und in dem Zusammentreffen meningealer und artikulärer Reaktionen.

Es handelt sich um ein Kind von vier Jahren ohne andere Krankheits-Antezedentien als Anfälle von Enteritis muco-membranocea.

Vater von schwächlichem Aussehen, aber gesund, ohne Zeichen einer bazillären bzw. spezifischen Krankheit. Mutter von guter Gesundheit, anscheinend ohne eine Manifestation von Syphilis, aber nur anscheinend, denn sie zeigt eine stark positive WR (2malige Untersuchung).

Zweimal verheiratet, hatte sie als ersten Gatten einen Mann, der zwölf Jahre vorher an allgemeiner Paralyse starb. In dieser ersten Ehe kein Kind, keine Fehlgeburt. Ein einziges Kind, ohne Aborte aus der zweiten Ehe, der Gegenstand der angezeigten Mitteilung.

Die Krankheit beginnt am 21. Juli 1912 (das Kind ist seit über einem Monat an der See) mit starkem Fieber, Angina und Adenitis cervicalis, Erscheinungen, die bis zum 29. anhalten. Ruhepause bis zum 10. August: Neuerdings Fieber bis 39,8, mit heftigem Kopfschmerz, Aufregungszuständen, Schreien, Photophobie, Erbrechen, Stuhlverhaltung, 3—4 mal am Tag wiederholten Konvulsionen. Dieser Zustand bleibt stationär bis zum 19. August: das Fieber schwankt zwischen 37,5° und 39°. Zwei Ärzte stellen die Diagnose auf tuberkulöse Meningitis. Vom 19. ab als Verschlimmerung, schreckhafte Träume, Insomnie, „Cri hydrencéphalique", Bewußtseinsverlust, Er-

schlaffung der Sphinkteren, Urinentleerung spärlich, Stuhlentleerung schwierig, Nahrungsaufnahme fast unmöglich.

Verf. sieht das Kind erstmals am 26. August: es bietet das klassische Bild der Meningitis: Zähneknirschen, Trismus, Nackenstarre und Kontraktur der Gliedmaßen, Photophobie, langsame Pupillen-Reaktion, fehlende Patellarreflexe; außerdem noch Hauthyperästhesie, Erbrechen, Stuhlverhaltung. Puls wechselnd zwischen 115 bis 140 und darüber, unregelmäßig, Atmung oberflächlich, unregelmäßig seufzend. Erschlaffung der Sphinkteren. Temp. zwischen 38 und 39,5°. Das Kind ist fast bewußtlos und scheint Schmerzen im rechten Knie zu haben; auf den Versuch, den rechten Unterschenkel zu strecken, reagiert es mit schmerzhaftem Seufzen. Lumbalpunktion: Flüssigkeit unter hohem Druck, klar, farblos; Entnahme von 12 ccm.

In der Nacht vom 26. zum 27. August werden alle Kontrakturen schwächer, die Kiefer lösen sich, die Ernährung wird leichter, und am 29. ist die Nackenstarre fast verschwunden; die Halluzinationen lassen nach. Das rechte Knie wird der Sitz eines Ergusses.

Auf den Rat des Verf. kommt das Kind in die Umgebung von Paris zurück und wird nun einer energischen Hg-Behandlung und einer Kur mit Jodkali unterworfen.

Der Zustand bleibt nahezu derselbe bis zum 14. Sept., dem Tag der zweiten Lumbalpunktion. Nach dieser fällt der Puls von 136 auf 104, die Temperatur in die Nähe von 38°; die Kontrakturen sind fast verschwunden und das Bewußtsein kehrt wieder, das Kind ist ruhig, spielt ein wenig, aber ohne Ordnung, und spricht noch zusammenhangslos. Das Knie ist groß, sehr schmerzhaft, (nächtlich exazerbierende Schmerzen) und wird in halber Beugestellung gehalten.

Hier das vollständige Ergebnis der Untersuchung der Spinalflüssigkeit:

Starker Überdruck auch bei der zweiten Punktion.

1. Nach Zentrifugierung: einige Lymphozyten, hinreichend, um von einer schwachen Lymphozytose zu sprechen. Rote Blutkörperchen in sehr geringer Zahl. Keine Bakterien, nicht einmal die gewöhnlichen. In fünf, nach Ziehl gefärbten Sediment-Abstrichen nichts.

2. Impfung von zwei Meerschweinchen mit 10 ccm Spinalflüssigkeit. Drei Wochen später bei der Sektion keine Spur von Tuberkulose.

3. Eiweiß in sehr kleiner Menge, das Normale nicht überschreitend.

4. Leichte Xanthochromie der Flüssigkeit.

5. WR., nach der alten Methode und mit zwei Kontrollsera zur größeren Sicherheit angestellt, beidemal scharf positiv. Am 20. Sept. eine Lumpalpunktion (3.) von 10 ccm, Injektionen von Hg-Benzoat, 2 cg, an Stelle der Einreibungen. Alle Symptome bessern sich weiterhin: Das Kind verlangt zu essen, was seit Anfang August nicht geschah; geringes nächtliches Delir. Fieber zwischen 38° und 39°. Starke Schwellung des rechten Knies mit lebhaften Schmerzen bei leisester Bewegung — Punktion des Knies am 2. Okt. und Gipsverband; 12 ccm zitronengelber, öliger Flüssigkeit, mit der die WR negativ bleibt. Mit den Kontrollsera verglichen, ist die Hämolyse indes keine absolut totale, und Verf. möchte diese Reaktion wissenschaftlich nicht als absolut negativ gelten lassen.



Vom 12. Oktober ab ist die Besserung sehr bedeutend: das Kind hat sein volles Bewußtsein wieder. Puls und Temperatur so gut wie normal. Der Allgemeinzustand wird wieder gut, und das Kind klagt sozusagen nicht mehr über das Knie. Untersuchung der Augen am 20. September: regelmäßige Reaktion der Pupillen auf Licht und Akkommodation, die Medien durchsichtig, Papillen von normaler Färbung, ohne Ödem, die Retina etwas hyperämisch.

Fortsetzung der Behandlung, dazu leichte Hg-Einreibungen der Kniegegend. Im Februar Weglassen des Gipsverbandes. Im Juli Kur in Uriage: endgültige Heilung.

Aus dieser Beobachtung ergibt sich folgendes:

1. Die Mutter kann auf ein aus einer zweiten Ehe mit einem nicht syphilitischen Mann hervorgegangenes Kind die in erster Ehe erworbene Syphilis übertragen, während sie selbst keine Erscheinung von Syphilis gezeigt hat und von dem ersten Mann nicht geschwängert worden ist.

2. Es ergibt sich also die Notwendigkeit, die WR. bei jeder mit einem Syphilitischen in Beziehungen gewesenen Frau anzustellen, zur Entscheidung darüber, ob dieselbe von letzterem syphilisiert worden ist und eine Hg-Kur im Falle einer durch einen nichtsyphilitischen Mann entstandenen Schwangerschaft nötig ist.

3. Eine Sekundärinfektion (Angina, Koryza, Darminfektion) scheint den Ausbruch meningitischer syphilitischer Erscheinungen des Kindesalters befördern zu können. Das Gleiche gilt von der erregenden Wirkung des Seeklimas auf die Nervenzentren.

4. Jeder meningitische Zustand erfordert die Lumbalpunktion, die Anstellung der WR., die Untersuchung auf Albumen, die zytologische Prüfung der Spinalflüssigkeit.

5. Jede verdächtige Hydarthrose, deren bazilläre Natur oder Herkunft nicht sicher ist, erfordert die Blutuntersuchung.

H. Netter (Pforzheim).

K. Gregor, Pathologisch-anatomische Veränderungen der Schilddrüsen beim Scharlach im Kindesalter. (Pédiatria 1913, April.) Wenn die primäre Thyreoiditis außerordentlich selten zu sein scheint, so gilt das Gleiche für die akuten, während oder nach infektiösen Fiebern, wie Typhus, Diphtherie, Masern, akuter Gelenkrheumatismus usw. auftretenden Entzündungen nicht. Die Untersuchungen durch Verf. am städtischen Kinderhospital in St. Petersburg erstrecken sich auf 26 Fälle, davon 21 Scharlacherkrankungen, während die 5 anderen als Vergleichsobjekte dienen mußten. Auch auf das Verhalten der Schilddrüse in den verschiedenen Perioden der Scharlacherkrankung erstreckte sich die Untersuchung, vom 2. Tag bis zum 27. Tag. Das Alter der Kinder schwankte von 5 Monaten bis zu 12 Jahren.

Die Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchungen nun führen Verf. zur Annahme des Vorkommens einer toxischen und manchmal auch mikrobiellen Scharlach-Thyreoiditis, wie dies durch den Nachweis von Bakterien-Embolien dargetan wird. Bei der Entstehung gewisser Affektionen der Schilddrüse, insbesondere des Morbus Basedowii, soll diese Thyreoiditis eine ätiologische Rolle spielen können.

Die Untersuchungen des Autors bilden einen Teil einer ganzen Serie von Arbeiten, die sich mit den Schädigungen der verschiedenen Organe beim Scharlach beschäftigen: des Myokards und seiner automatischen Ganglien, des Plexus coeliacus, des Gefäßsystems, der Leber, der Nieren, der Nebennieren, der Schilddrüse und des Pankreas. In all diesen Organen konnten deutliche Alterationen seitens der Gefäße wie schwere Schädigungen des Parenchyms nachgewiesen werden.

H. Netter (Pforzheim).

H. Vernon Starr (Peshawar), Notiz über einen seltenen Fall von Blasenstein. (Lancet, 1913, 9. Aug.) Schmerzen und Brennen beim Wasserlassen bei dem 18 jährigen seit fünfzehn Jahren. Erstmals Hämaturie mit drei Jahren. In den Kinderjahren mehrmalige nächtliche Urinentleerung. Die Sondierung der Blase ergibt einen großen Stein. Sectio perinealis. Heilung. Gewicht 6 Unzen (180 g), Länge $4^1/_2$ Zoll (Zoll 0,025), $2^1/_2$ Zoll breit, $6^1/_2$ Zoll Umfang.

H. Netter (Pforzheim).

Knud Schroeder u. Carl Jörgensen, Über das Vorkommen des Trichocephalus dispar. (Aus der mediz. Abt. B des Krankenhauses zu Odense.) (Hospitalstidende 1913 Nr. 40 u. 41.) Die Verf. untersuchten 81 Individuen in dem Alter von $1^3/_4$—77 Jahren; bei 49, d. h. 60% wurden Trichocephaluseier gefunden. Bei Patienten unter 15 Jahren wurden die Eier besonders häufig gefunden; im ganzen war doch die Anzahl für Individuen über und unter 30 Jahren beinahe gleich; ebenso die Verteilung zwischen Männern und Frauen; dagegen schien die Häufigkeit größer bei der Landbevölkerung als bei der Stadtbevölkerung. Ein bestimmtes Verhältnis zwischen der Häufigkeit des Vorkommens der Eier und Leiden der Patienten konnte man nicht nachzuweisen, speziell nicht zwischen dem Hämoglobingehalt des Blutes und der Menge der Eier. Die meisten Eier (5600—18000) wurden bei vier nicht anämischen Individuen gefunden. Möglicherweise spielt dieser Rundwurm vielleicht doch eine Rolle als ätiologisch notwendiger, noch unbekannter Faktor bei gewissen Leiden.

Die Untersuchungstechnik war den Methoden von Telemann und Yaoita überlegen, indem die Verf. gewöhnlich sowohl eine Homogenisierung als eine Reinigung des Niederschlags ausführten. I. Homogenisierung: 1. Von 5—6 Stellen in den Fäzes werden ein wenig mehr als erbsengroße Proben genommen. 2. Vermittelst eines Spatels werden sie mit ca. $^1/_2$ Kaffeelöffel voll Kalium bicarbonic. crasse pulv. zusammengebracht. 3. Zusatz von 15—25 cm³ lauwarmer verdünnter Salzsäure. Umrührung. (Das hierdurch verursachte Aufwallen wird durch Zusatz von 5 cm³ Äther vor dem Salzsäurezusatz gehemmt.) 4. Filtrierung durch eine einzelne Schicht Gaze. 5. Kräftiges Schütteln mit ca. $^1/_3$ Äther. 6. Starkes Zentrifugieren in 5 Min. (Wenn 1 cm³ Spiritus conc. oben in das Zentrifugegläschen getan und mit der oberen Schicht der Flüssigkeit gemischt wird, gelingt es oft, die sich hier absetzenden festen Massen zu verhindern, an dem Gläschen festzukleben.) Die Eier befinden sich jetzt in dem Niederschlag, der mikroskopiert werden kann. (Wenn man mehrere Niederschläge zusammenzubringen wünscht, geschieht es am besten durch Spülen mit dünner, 2—3 pro-

zentiger Salzsäure; man kann dann gleichzeitig mit einigen Tropfen konzentriertem Äther ausschütteln und einige Sekunden in der Zentrifuge niederschlagen.) Wenn der Niederschlag mehr als $^1/_3$ cm^3 ist oder gröbere Partikel enthält (namentlich bei Patienten, die vegetabilische Diät bekommen), nimmt man II. Glyzerinreinigung vor. 7. Die Niederschläge werden in 80 Volumenproz. wässeriges Glyzerin zusammengetan. 8. Kräftiges Zentrifugieren 1 Minute. 9. Die Flüssigkeit wird dekantiert und mit gleichen Teilen verdünnter Salzsäure verdünnt. 2 cm^3 oben in dem Gläschen. Schütteln. 10. Zentrifugieren zwei Minuten.

Die Glyzerinreinigung zeigte sich nur in einem Drittel bis zu der Hälfte der Fälle notwendig.

Wenn man immer eine bestimmte Menge (10 Gramm) Fäzes benutzt, ist es keine große Mühe, eine grobe quantitative Bestimmung der eventuellen Eier vorzunehmen. Der Niederschlag wird in einer Pipette aufgesogen und die Menge abgelesen. Wenn man dann auf den Objektträger einen kleinen Teil von bekannter Größe absetzt, wird die gesamte Eierzahl durch einfache Multiplikation gefunden.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Hernandez Briz, Das Diphtherieserum bei der Bronchopneumonie der Brustkinder. (R. Acad. de Med. de Madrid Sitz. v. 31. Jan. 1914, Rev. de Med. y Cir. práct. 21. Febr. 1914.) Verf. hat in ca. 20 Fällen von Bronchopneumonien bei Brustkindern vorzügliche Resultate von der Injektion von Diphtherieheilserum gesehen; es wirkt sowohl auf den allgemeinen wie auch auf den lokalen Prozeß. Einige Fälle werden mitgeteilt. (Dosis in einem derselben 2500 I.-E.) In der Diskussion wurden die günstigen Resultate bestätigt.

M. Kaufmann (Mannheim).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Pädiatrische Sektion der Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Berichterstatter: Schick, Wien.

Sitzung vom 20. November 1913.

C. Eggert: **Ein Fall von angeborener Sklerodermie.** Das Kind, jetzt 6 Monate alt, zeigt keinerlei Symptome anderer Erkrankungen. Schon bei der Geburt bestanden analoge Veränderungen an der rechten Wange und an beiden Oberarmen wie bei den von Mayerhofer demonstrierten 2 Fällen. Die Veränderungen charakterisieren sich als scharf umgrenzte, plaqueartige Verdickungen von auffallender Derbheit. Das Kind fühlte sich dabei vollkommen wohl. Die Veränderungen gingen auch ohne jede Therapie zurück. In der Diskussion bemerkt Mayerhofer, daß der vorgestellte Fall der erste sei, bei dem schon bei der Geburt die Veränderungen vom Arzte konstatiert wurden, während alle anderen Fälle erst später zur Diagnosenstellung kamen.

J. Meisels: **10 Tage altes Kind mit kongenitaler Struma und fraglicher Thymushyperplasie.** Letztere wird aus einer bestehenden Dämpfung über dem Sternum erschlossen. Spitzy berichtet, daß derartige Fälle von kongenitaler



Struma, die er in der Grazer Klinik häufig beobachten konnte, ihre Atembeschwerden verloren, wenn der Isthmus der Schilddrüse durchtrennt wurde. Eingreifende Operationen waren in der Regel nicht notwendig.

Fritz Magyar: **Pemphigus vulgaris chronicus bei einem 13 Jahre alten Knaben.** Reichliche wiederholt rezidivierende Eruption von zuerst wasserhellen, später sich trübenden Blasen, deren Decke nach wenigen Tagen einriß. Diese Stellen trocknen allmählich ein und heilen ab. Keine Störung des Allgemeinbefindens. Therapie war bisher ohne Erfolg. (Behandlung seit mehreren Jahren.)

Fritz Magyar: **2 Fälle von Gonitis luetica bei hereditär luetischen Kindern.** Beide Fälle (10 Jahre alter Knabe, 7 Jahre altes Mädchen), zeigen symmetrische, nicht schmerzhafte Schwellung beider Kniegelenke, die längere Zeit erfolglos mit Salizylpräparaten behandelt wurden. An Symptomen hereditärer Lues sind nachweisbar olympische Stirne, leichte Sattelnase, geringe Verdickung der Tibien, Wassermann +. Fälle von Gonitis luetica pflegen häufig mit Keratitis parenchymatosa vergesellschaftet zu sein. Eine solche ist nur bei dem Mädchen in der Anamnese angegeben. Fiebersteigerungen fehlen.

R. Buchwald: **2 Fälle hereditärer Lues, auf Grund luetischer Endarteriitis.** 1. Spastische Parese der r. oberen und unteren Extremitäten Wassermann positiv.

2. Säugling mit Atrophia nervi optici. Defekt des Nasenseptums.

A. Goldreich: **Bromoderma tuberosum.** Der Knabe erhielt wegen Epilepsie Brom in Form von Sedobrol bei kochsalzarmer Diät. Sehr bald traten Akneknötchen auf, und es entwickelte sich am linken Unterschenkel ein schmerzhaftes, eigentümlich wabenartiges Infiltrat. Auf Kochsalzzufuhr innerlich und äußerlich (Umschläge) Rückgang der Hautaffektion. Nach Brom-Kalzium neuerlich Rezidive der Erkrankung. Die chronische Bromintoxikation dürfte nach Untersuchungen von Januschke u. a. auf Chloridverdrängung beruhen.

Januschke erwähnt, daß sich seine Untersuchungen nur auf den Bromismus im Nervensystem bezogen haben. Ob die Hauterscheinungen auf dieselbe Weise zu erklären seien, ist noch nicht entschieden. Die Bromintoxikationerscheinungen treten sehr leicht bei kochsalzarmer Diät auf. Es bildet sich dann ein Bromdepot im Organismus, das erst durch große Mengen von Kochsalz aus dem Körper entfernt werden kann. Zappert weist auf die gute Toleranz der Kinder für Brom hin. Hauterscheinungen sind selten. Januschke betont, daß Kinder sehr leicht Bromismus bekommen. Das hängt von der Ernährung ab. Bei kochsalzarmer Ernährung bekommen auch Kinder sehr leicht Erscheinungen von Bromismus.

Edmund Nobel: **Paroxysmale Hämoglobinurie.** Das 11 Jahre alte Mädchen zeigt typische, durch Kältewirkung auslösbare Anfälle, die mit Zyanose der Extremitäten, Schüttelfrost, Übelkeit beginnen. Temperatur steigt, Patientin entleert tintenschwarzen Harn. Der Anfall ist von kurzer Dauer. Die Mutter gibt an, daß warme Fußbäder oder Sitzen neben dem Ofen die Beschwerden lindern. Donath-Landsteinersche Probe positiv. Von luetischen Symptomen bestehen luetische Stirne, Hutchinsonsche Zähne, positiver Wassermann. Antiluetische Behandlung ist eingeleitet. Nach Vorschlag von Falta wird auch Cholesterinbehandlung versucht werden.

Edmund Nobel: **8 Jahre altes Mädchen mit Aneurysma spurium der Bauchaorta.** (Iliaka?) Das Mädchen erlitt vor einem Jahre einen Unfall, indem es von einem Spielkameraden in die linke Bauchseite geschossen wurde. Die Schußverletzung heilte aus, die Kugel verblieb in der Bauchhaut und läßt sich auch heute noch links vom Nabel nachweisen. Patientin hatte davon keine Beschwerden. Vor wenigen Tagen, angeblich im Anschluß an eine Verletzung in der Turnstunde, plötzlich schwere Erscheinungen, Erbrechen, blutige Stühle, hohes Fieber, peritoneales Bild, das anfänglich nicht mit der Verletzung des Vorjahres in Zusammenhang gebracht wurde. Man dachte an einen infektiösen Darmprozeß. Die blutigen Stühle sistierten bald, das Fieber sank ab. Patientin sieht wohl sehr stark anämisch aus. Man tastet namentlich in der linken Bauchhälfte ein lautes systolisches Schwirren, ebenso auch am Rücken und rektal.

Edmund Nobel: **17 Monate altes Kind mit geheilter chronischer Pneumonie.** Heilung innerhalb $3^1/_2$ Monaten. Tuberkulose konnte durch den negativen Ausfall der Tuberkulinproben (auf 1 mg intrakutan negativ) ausgeschlossen werden.

Valerie Nadel: **11 jähriger Knabe mit Vorhofflimmern und Arhythmie.** Der Patient leidet an rezidivierendem Gelenkrheumatismus und Mitralfehler. Die oft auftretenden Kompensationsstörungen sind immer wieder therapeutisch beeinflußbar. Elektrokardiogramm ergibt in der Regel nur Verbreiterung und Vergrößerung der Vorhofszacke und Verlängerung der Überleitungszeit auf 0,2″. Einmal entstand durch Kumulierung eines Digitalispräparates eine Überleitungsstörung in Form des Halbrhythmus, wiederholt aber Extrasystolien, meist als Bigeminie, wodurch ein Pulsfrequenzabfall auf die Hälfte vorgetäuscht wurde. Einmal bestand vorübergehend Vorhofflimmern mit Kammerautomatie. Jetzt besteht Vorhofflimmern mit Pulsus irregularis perpetuus verbunden, daneben noch Extrasystolen. Frequenz der Vorhofflimmerbewegungen 330, des Ventrikels ohne Extrasystolen 66, mit Extrasystolen 74. Diese Bradykardie erklärt sich aus einer Reizleitungsschädigung. Die fehlenden Nachschwankungen weisen auf schwere Myokarddegeneration hin. Die Extrasystolen gehen von Basisanteilen des linken Ventrikels aus. Januschke bemerkt, daß bei dem Knaben die Herzerscheinungen mehrmals durch kombinierte Darreichung von Digalen und Diuretin hervorgerufen wurden (Überdosierung?).

v. Reuss: **Abgang von membranösen Schleimmassen mit dem Mekonium.** (Fötale Enteritis membranacea.) Das Mekonium war mit reichlichen Schleimmassen versetzt. Das Allgemeinbefinden des Kindes war durch diese Störung vollständig unbeeinflußt.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Nach der M. m. W.)

Sitzung vom 21. Februar 1913.

1. Klar: **Demonstration einer Luxation des Oberarms im Anschluß an Heine-Medinsche Krankheit.** Röntgenbild. Behandlung: Massage und Elektrizität; später wohl blutige Reposition und im Anschluß daran Arthrodese des Schultergelenks.

2. Nadoleczny: **Über die Unfähigkeit, Lesen zu lernen (sogen. kongenitale Wortblindheit) und ihre Beziehung zu Sprachstörungen.** Schilderung dreier eigener Fälle (im ganzen nur 64 in der Literatur beschrieben). Das Symptomenbild der sogen. kongenitalen Wortblindheit gestaltet sich folgendermaßen: Die meisten Kinder sind intelligent, gehören manchmal sogar zu den besseren Schülern. Sie haben oft ein gutes akustisches Gedächtnis für auswendig Gelerntes und können z. B. ihre Lesestücke auswendig, wodurch sie die Lehrer über ihre Unfähigkeit, zu lesen, täuschen. Sie zeichnen meistens gut und haben oft ein auch gutes optisches Gedächtnis, ihre scharfe Beobachtungsgabe wird hervorgehoben. Sie rechnen, soweit sie sonst normal sind, gut und lesen Zahlen und Buchstaben gewöhnlich gut, lernen letztere aber schwer und kennen bisweilen seltener gebrauchte Buchstaben nicht. Worte können sie nicht immer lesen, auch nicht selbst abgeschriebene, oder sie haben mit Mühe das Lesen kleiner Worte erlernt. Sie machen im Lesen, wenn sie etwas fortgeschrittener sind, mit Vorliebe Ergänzungsfehler. In schweren Fällen wird es ein vollkommener Unsinn. Vorbuchstabierte Worte können oft nicht zusammengesetzt, also auch nicht ausgesprochen werden. Das Abschreiben ist fast nur ein Nachmalen ohne Verständnis. Beim Spontan- und Diktatschreiben treten die nämlichen Fehler zutage wie beim Lesen. Den eigenen Namen schreiben die Patienten als Bild, ohne ihn zu buchstabieren. Es kommt auch vor, daß sie ganz falsch Gelesenes richtig verstehen. Das Lesen musikalischer Noten ist unmöglich oder erschwert. Die Krankheit ist nicht selten familiär. Über gleichzeitige Sprachstörungen (wie in 2 Fällen Verf.s) ist wenig berichtet. In den meisten Fällen verschwindet die Unfähigkeit, lesen zu lernen, allmählich teilweise, es bleiben aber immer noch Überreste. — Die Erklärung des Leidens ist schwierig. Es kann sich um eine mangelnde assoziative Verknüpfung zwischen Buchstaben- bzw. Wortbild und lautmotorischem Wort handeln oder es kann das Wortbild als solches nicht oder unvollkommen apperzipiert werden. Eine genaue psychologische Erforschung der einzelnen Fälle ist auch mit Rücksicht auf die Therapie notwendig. Der Schreibleseunterricht, wie wir ihn haben, wird im allgemeinen der rechte Weg sein für alle nicht extrem visuellen Vorstellungstypen.



3. v. Pfaundler: Die Zentralmolkerei in München hat auf seine Veranlassung die Zubereitung einer **Vorzugsbuttermilch** für Zwecke der Säuglingsernährung übernommen. Diese Buttermilch wurde auf der Säuglingsabteilung der Kinderklinik seit einem Vierteljahr in allen wichtigen Indikationen erprobt. Das Fabrikat entsprach allen Anforderungen bei der Untersuchung und im Ernährungsexperiment, namentlich im Allaitement mixte. Die Bereitung solcher Buttermilch im kleinen ist umständlich, unwirtschaftlich und mißlingt häufig trotz sorgfältigen Vorgehens. Es dürfte daher für die Münchener Kinderärzte von Interesse sein, zu wissen, daß besagtes Fabrikat von der Zentralmolkerei bezogen werden kann.

Sitzung vom 14. März 1913.

1. Trumpp: a) **Erkrankung von Geschwistern an Heine-Medinscher Krankheit.**

b) **Zur Diagnostik und Therapie der Oxyuriasis.** Verf. gibt zunächst genaue Anleitungen zum Aufsuchen der Oxyuren oder ihrer Eier in den Fäzes bzw. dem Rektalschleim. Der Befund einiger Eier gestattet nicht, die Diagnose auf Oxyuriasis zu stellen. Denn jenen Fällen, bei denen nur vereinzelte Oxyuren im Darm schmarotzen, stehen gegenüber die Fälle der echten Oxyuriasis (starke Vermehrung der Würmer, entsprechende Reaktion des Organismus — Vorbedingung: individuelle Disposition). Im Serum der Oxyurenträger lassen sich durch Komplementbindungsverfahren Reaktionskörper gegen Oxyurenprodukte nachweisen. Verf. arbeitete daher (analog der Moroschen Salbenreaktion bei Tuberkulose) eine perkutane Oxyurenreaktion aus (Einreibung von Oxyurenpulver, mit Lanolin vermischt). Die Versuche und Kontrollen fielen befriedigend aus. Im zweiten Teil der Arbeit unterzieht Verf. die Lehrsätze über die Lebengeschichte der Oxyuren und die darauf aufgebaute übliche Therapie der Oxyuriasis einer scharfen Kritik. Er ist mit Küchenmeister und Vix der Überzeugung, daß eine völlige Regeneration der Parasiten im Darm anzunehmen ist. Die Behandlung der Oxyuriasis, so wie sie jetzt allgemein geübt wird, läßt viel zu wünschen übrig. Es handelt sich vielfach nur um Scheinerfolge. Zurzeit gibt es kein unter allen Umständen wirksames Mittel gegen die Oxyuriasis.

2. Hecker: **Demonstrationen:** a) Organe eines 4 jährigen Mädchens: **Durchbruch einer erweichten rechtsseitigen tuberkulösen Bronchialdrüse einerseits in den Ösophagus, andererseits in eine tuberkulöse Kaverne des rechten Unterlappens.**

b) Organ eines Neugeborenen: **Angeborene Mißbildung des Herzens.** Vollkommener Defekt des Kammerseptums und fast vollkommener des Vorhofseptums. Ein etwa erbsengroßer Sack im gemeinsamen Atrium, in welches eine Lungenvene einmündet, kann als Rudiment des rechten Vorhofes angesehen werden. Die Segelklappe ist gut erhalten. Ein gemeinsamer Truncus arteriosus teilt sich bald in Aorta und Pulmonalis; der Ductus Botalli fehlt. Die Mißbildung stellt sonach den seltenen Typus des Cor triloculare biatriatum dar, wobei der 2. Vorhof nur als Rudiment ausgebildet ist.

Sitzung vom 25. April 1913.

Lissmann: Demonstration eines Apparates „Antipollut", um damit Versuche zur **Verhinderung der Masturbation** anzuregen.

v. Pfaundler: **Demonstrationen.**

Ibrahim: **Zur Diagnose und Therapie des chronischen Hydrocephalus internus.** Das Studium des Urotropingehaltes der Liquors beim Hydrozephalus nach interner Urotropinverabreichung hatte auf ein verzögertes Verschwinden des Urotropins aus dem Liquor bei diesen Kindern schließen lassen. Zu diagnostischen und prognostischen Schlüssen werden sich diese Untersuchungen wahrscheinlich nicht verwerten lassen; doch haben quantitative Bestimmungen in dieser Richtung klinisch ein gewisses Interesse. Therapeutisch hat Verf. in 2 Fällen von idiopathischem Hydrozephalus bei Säuglingen auf Lumbalpunktionen mit nachfolgender Umschnürung des Kopfes durch Heftpflasterstreifen eine dauernde Verkleinerung des Kopfes folgen sehen und empfiehlt, dies Verfahren beim idiopathischen Hydrozephalus der Säuglinge zu versuchen. Bei einem postmeningitischen Hydrozephalus hatte er keinen Erfolg.

Stellungnahme der Gesellschaft zur **Organisation der Münchener ärztlichen Vereine.**



Sitzung vom 23. Mai 1913.

A. Loeb (a. G.): **Über Heilerziehungsheime für Psychopathen.**

A. Uffenheimer: **Neuere Untersuchungen zur Kaseinfrage.** Zur Beantwortung der Frage, ob die vom Verf. mit Takeno seinerzeit in den Stuhlbröckeln nachgewiesene Substanz unverändertes, der Labung entgangenes Kasein oder Parakasein sei, wurden Untersuchungen mittels der biologischen Methodik angestellt. Bei den Präzipitationsversuchen zeigte sich, daß das Laktoserum bei quantitativer Anordnung viel stärkere Niederschlagsbildungen auslöst als das Parakasein-Antiserum, nicht nur gegenüber Milchverdünnungen, sondern auch gegenüber Verdünnungen des Parakaseins. Drei große Versuchsreihen mit der Bindung des Alexins (Komplements) ergaben analog diesen Experimenten eine bestimmte Stufenfolge der gegenseitigen Einstellung von Kasein und Parakasein auf ihre Antisera. Das Parakasein war offenbar in seiner antigenen Wirkung im Vergleich mit dem Kasein beeinträchtigt; anderseits zeigte das genuine Eiweiß „Kasein" eine größere Avidität selbst zu dem Parakasein-Antiserum als das immerhin schon veränderte Parakasein. Die mit vielfachen Variationen unternommenen anaphylaktischen Versuche ließen erkennen, daß die anaphylaktische Methode zur Unterscheidung von Kasein und Parakasein (wenigstens in der für gut gehaltenen Versuchsanordnung) nicht zu gebrauchen ist. Wenn auch bei quantitativem Arbeiten eine Unterscheidung zwischen Kasein und Parakasein möglich ist (insbesondere durch die Komplementbindungsmethode), so ist es doch nicht angängig, mit Hilfe der biologischen Methodik zu entscheiden, ob die in den Stuhlbröckeln nachgewiesene Substanz Kasein oder Parakasein ist. — Die zweite Frage: Ist nicht nur in den Stuhlbröckeln kranker, mit Kuhmilch ernährter Säuglinge Kasein (Parakasein) nachweisbar, sondern ist ein gleiches Verhalten auch dem Stuhle gedeihender, künstlich ernährter Säuglinge eigen? wurde aus Material des Münchener Säuglingsheims, zumeist mit Hilfe der Präzipationsmethodik, untersucht (ca. 40 Untersuchungen, zumeist mit positivem Erfolg). Bei 12 Kindern im Alter von 1—8 Monaten fanden 18 Untersuchungen statt, deren Kontrollen auch nach schärfstem Zentrifugieren nicht den geringsten Niederschlag zeigten. (Angewandte Technik sehr wichtig!) Während mit dem Laktoserum die meisten Proben mehr oder weniger deutlich positiv ausfielen, waren die Ergebnisse mit dem Parakasein-Antiserum viel weniger deutlich positiv. Auch das hierbei beobachtete gegensätzliche Verhalten von Parakasein-Antiserum und Laktoserum stimmt sehr gut zu dem im ersten Teil über ihre Beziehungen zu ihren Antigenen Gesagten. Nach den geschilderten Befunden scheint das Vorkommen biologisch nachweisbaren Kaseins (Parakaseins) in Kaseinflöckchen aus dem Stuhle gut gedeihender Säuglinge ein alltägliches Ereignis zu sein. Ein (wenn auch vermutlich nicht bedeutender) Anteil des täglich ausgeschiedenen Stuhl-N stammt demnach aus dem als Nahrung aufgenommenen Kasein (ausführliche Protokolle bzw. Tabellen in der Dissertation von Dr. S. Livschiz).

Sitzung vom 20. Juni 1913.

Schmincke (a. G.): Demonstration der Organe eines 2 Jahre alten Kindes mit **Miliartuberkulose** fast sämtlicher Organe des Körpers bei käsiger Tuberkulose beider Lungen. Multiple Konglomerattuberkel der Groß- und Kleinhirnrinde; Ependymtuberkulose der Seitenventrikel; frische tuberkulöse Leptomeningitis der Basis wie der Konvexität.

Reinach demonstriert: **Eitrige Thrombophlebitis der Nabelvene.** Diffuse fibrinöseitrige Peritonitis. Parenchymatöse Degeneration des Myokards. Trübe Schwellung von Niere und Leber.

b) **Thromboarteriitis** des proximalen Teils der linken Nabelarterie. Thrombose der Nabelvene. Zystennieren. Hypertrophie der Blasenwandung mit hochgradigem Ödem der Blasenschleimhaut. Erweiterung der Harnröhre. Hochgradige Phimose.

c) **Askaridosis** bei $4^1/_2$ Monate altem Kind, das unter den Erscheinungen einer schweren Ernährungsstörung starb.

Spiegelberg: **Über Behandlung von Kindern in Sanatorien.** Der Vortragende streift kurz die Entwicklungsgeschichte der Kindersanatorien, deren Art usf., um auf das Wesen und die Notwendigkeit des Kindersanatoriums im eigentlichen

Sinne näher einzugehen. Die Indikationen des letzteren sind die weitesten und nur durch gewisse Ausschließungen beschränkt. Die Notwendigkeit steht heute außer aller Frage. Zu den Indikationen, die durchgesprochen werden, liefern den Hauptanteil die Neuropathen, die „Milieukranken", aber auch andere Nervöse. Bei diesen Kindern ist das Einschneidenste die Entfernung aus den bisherigen Lebensgewohnheiten, der Übergang in fremde Hände und in körperlich und geistig erziehende Verhältnisse. Diese Gruppe von Kindern wird durch Beispiele erläutert. Die monosymptomatische Hysterie ist symptomatisch fast immer zu heilen; die Nichtesser, das freiwillige Erbrechen, geistige Ermüdungszustände u. a. m. werden im einzelnen besprochen; des weiteren die Diät und Diätkuren bei chronischer Obstipation, Stoffwechselanomalien u. a. m. Die Diät muß eine vorherrschend laktovegetabile sein, der Fleischgenuß auf ein geringes zurücktreten; rein vegetarische Kost läßt sich nur in besonderen Fällen verwenden. An Methoden werden kurz behandelt: Körperpflege, Turnen und Gymnastik, Massage, Liegekur, Luft- und Sonnenbad, wobei der Verf. erinnert, daß letztere beiden als differente Mittel gebraucht werden müssen, namentlich das Sonnenbad. Medikamente sollen im Sanatorium tunlichst umgangen werden. Arsenkuren werden noch am ehesten angewandt. Aus der Hydrotherapie ist zwar ein großer Teil von Behandlungsmitteln zu entnehmen, alle Kaltwasserkuren aber sind bei Kindern sehr vorsichtig und mit Beschränkung verwendbar. Die beruhigende Wirkung des verlängerten warmen und die des leichten Kohlensäurebades wird besonders hervorgehoben. Auf die psychische Behandlung, die Beschäftigungstherapie, die Ausnützung des Unterrichts zu therapeutischen Zwecken geht der Verf. in kurzen Zügen ein. — Der Schluß des Vortrages befaßt sich mit der Klimabehandlung. Bayern schneidet bei allen Klimatologen wenig gut ab; die geographische Lage des Kindersanatoriums des Verf. läßt jedoch das Klima als Heilfaktor bei fast allen Kuren in seine volle Bedeutung treten. Namentlich den Winterkuren ist mehr Beachtung zu schenken. Der Verf. geht auf die Grundzüge der Klimabehandlung näher ein; besonders auffallend ist die Wirkung des Gegensatzes im Klima von daheim und im Sanatorium bei manchen Kindern, z. B. solchen aus dem schlaffen Rhein-, Mainklima oder aus dem Osten. — Kurven und Tabellen erläutern den Vortrag.

Sitzung vom 11. Juli 1913.

Schmincke (a. G.): a) Demonstration des Darms eines an **Typhus abdom.** verstorbenen 3 Jahre alten Kindes im Stadium der Verschorfung und teilweise der Geschwürsbildung.

b) **Demonstrationen zur pathologischen Anatomie der Lues congenita.** Demonstrationen einer großen Anzahl von Organen kongenital syphilitischer Kinder mit typischen syphilitischen Veränderungen; ferner Demonstrationen einer großen Anzahl von Diapositiven mikroskopischer Schnittbilder von Organveränderungen bei Lues congen. Als bisher noch nicht bei Lues congen. beobachtet zeigt Verf. Bilder von Lymphozyten durch Lakunenendothelien in Milz und Lymphdrüsen (10—20 Lymphozyten in einem Endothelium eingeschlossen). Verf. deutet die Bilder so, daß geschädigte Lymphozyten durch Endothelien phagozytiert werden (in ähnlicher Weise wie bei perniziöser und verminogener Anämie geschädigte rote Blutkörperchen in der Milz von Endothelien phagozytiert werden). Die Befunde sind dieselben, wie Neresheimer sie in der Leber eines Mannes mit erworbener Lues beschrieben hat. Außerdem demonstriert Verf. ein Photogramm von vielkernigen (durch amitotische Kernwucherung entstandenen) Lakunenendothelien in der Milz. Diese Befunde finden möglicherweise in der Annahme einer bei Lues congen. vermehrten Produktion mononukleärer farbloser Blutzellen durch Endothelien (Histiozyten im Sinne Aschoffs) eine Erklärung.

Im Anschluß hieran demonstriert Hecker mikroskopische Präparate von fötaler Lues, u. a. Niere, Leber, Pankreas, Thymus, Lunge, Herz, Nebenniere, Darm, Knochen, Nabelschnur. Zum Vergleich werden neben den pathologischen Präparaten auch Bilder von normalen gleichalterigen Föten gezeigt.

Aussprache über Klimatotherapie im Kindesalter, mit spezieller Berücksichtigung alpiner Kurorte und Sommerfrischen. In einleitenden Worten bespricht Hecker die beim Klimawechsel verfolgten Ziele, das Wesen der verschiedenen Klimas, speziell des Höhenklimas, desgleichen einzelner klimatischer Faktoren,



der periodischen Winde, des Föhns, der Bodenbeschaffenheit. Er streift weiterhin die physiologische Wirkung des Windes, der Luftfeuchtigkeit, des Höhenklimas und erwähnt schließlich einige der hauptsächlichsten Indikationen und Kontraindikationen für die Klimatotherapie bei Kindern.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Hegener: **Otogene Osteophlebitispyämie.** Ein neunjähriger, tuberkulös belasteter Knabe erkrankt im winterlichen Hochgebirge an Angina mit konsekutiver Otitis media. Spontanperforation, Absinken des Fiebers, nach acht Tagen fieberlos, Perforation geschlossen und gutes Gehör. Dann noch einmal Ohrenschmerzen für kurze Zeit. Bald danach hohes Fieber. Spezialistische Ohruntersuchung ergibt keinen Anhalt für das Fieber. Verdacht auf Miliartuberkulose. Nach zwei Tagen sinkt das Fieber von 40,5 auf 38,2 und nun treten, mit Frost beginnend, mit Schweiß aufhörend, täglich hochfieberhafte Anstiege, bis 41,2 und Abfall bis 36 ein. Bei dem ersten Anstieg klagte der Patient über Schmerzen im Unterkiefer, im Nacken und an den Leistendrüsen. Später keine Schmerzen mehr. Die wiederholte Ohruntersuchung förderte nichts Neues, die Lungenuntersuchung zweifelhaft, ob Influenza. Aspirin, öfters gegeben, beeinflußt die Temperaturkurve nicht. Digalen. Nach acht Tagen wird das Befinden des Patienten bedrohlich. Er wird in eintägiger Fahrt zur Untersuchung in die nächste Kinderklinik, von dort aus mit dem Verdacht einer verursachenden Ohrerkrankung in weiteren 24 Stunden nach Hamburg befördert. Während der Fahrt noch zwei Schüttelfröste. Ich untersuchte bald nach seiner Ankunft den Patienten auf Wunsch von Kollegen Barth, der Herz und Lungen gut befunden hatte, und fand keine Schwellung weder auf, noch hinter dem Processus mastoideus, noch im äußeren Gehörgang. Keine sichere Druckschmerz- oder Klopfempfindlichkeit hinter dem Ohr. Drüsen unter der Spitze leicht geschwollen, ebenso beiderseits am medialen Sternokleidorande. Nase, Rachen ohne Besonderheiten. Gehör vollkommen normal. Das einzig Auffällige war der Trommelfellbefund. Dieses wies nämlich außer der nach Ablauf einer akuten Media oft gesehenen großgefäßigen Radiärinjektion eine diffuse Kupferrötung auf, wie man sie in der Nachbarschaft von Entzündungsherden, z. B. bei Gehörgangsfurunkeln, beobachten kann. Diese Rötung konnte hier nur auf einen Entzündungsprozeß in der Tiefe bezogen werden. Da Gefahr im Verzug war und für Miliartuberkulose nur Vermutungen sprachen, so entschlossen wir uns, sofort links zu operieren. Es fanden sich beim Durchschneiden die Weichteile nicht infiltriert, auf dem Planum Blutpunkte und feinste Gefäße. Der Knochen war durchweg schneidbar weich, nirgendwo eingeschmolzen, keine Zellen, nur Spongiosa. Zwei feinste Eiterpünktchen in der Nähe des weit vorgelagerten Sinus. Dieser wird vorsichtig freigelegt, zeigt Fibrinauflagerung, Granulationen. Er wird bis ins Gesunde, nach hinten 1,5 cm über das Knie hinaus, nach unten bis zum Foramen jugulare freigelegt. Nirgendwo ein perisinuöser Abszeß, nur etwa 1 cm vor dem Foramen jugulare ein Eiterpunkt zwischen Sinuswand und Knochen. Nirgendwo nekrotische Verfärbung. Lose Tamponade, die vier Tage liegen bleibt. Am nächsten Tage noch ein Anstieg ohne Frost auf 38,3, von da ab keine Temperaturen mehr und rasche Rekonvaleszenz. Es handelte sich also um eine otogene Pyämie, die zunächst als Osteophlebitispyämie im Sinne Körners anzusprechen ist. Der durchweg spongiöse Knochen war in weiter Ausdehnung um das Sinusrohr ostitisch erkrankt. Die feinen Eiterpünktchen entsprachen wahrscheinlich thrombosierten Knochenvenen. Die mit dem ersten enormen Temperaturanstieg verbundenen Muskel- und Drüsenschmerzen dürften auf Aussaat kleinster, den Lungenkreislauf passierender infektiöser Partikel zurückzuführen sein. Doch macht der Sinusbefund eine spätere, mindestens wandständige, Thrombose wahrscheinlich. Der Verlauf beweist, daß es richtig ist, bei akuten Eiterungen, solange keine Nekrose der Sinuswand sich findet, trotz schwerer Pyämie und erkrankter Sinuswand den Sinus nicht zu eröffnen, sondern möglichst mechanisch zu schonen. Falsch wäre es hierbei, die Jugularis zu unterbinden: Der Kranke würde durch die Operation geschädigt, und diese erfüllte ihren Zweck nicht, da für die kleinen infektiösen Partikel noch Abflußwege genug bleiben. Nur bei bis in den Bulbus herab-

reichenden, zerfallenden Thromben hat die Jugularisunterbindung, dann aber gefolgt von breiter Schlitzung des Gefäßstumpfes bis in den Bulbus, eine Berechtigung.

Weygandt: **Dysgenitalismus bei Schwachsinnigen.** a) Ein $13^1/_2$ jähriger Hilfsschüler wurde als schwachsinnig und epileptisch eingewiesen, nachdem er kurz vorher eine Oberschenkelfraktur erlitten hatte. Die Mutter gab an, daß sie in der Jugend infiziert worden sei. Nach der Geburt dieses Knaben habe sie drei Aborte gehabt, dann ein gesundes Kind, dann sechs Aborte, dann ein Kind mit Krämpfen und krampfartiger Stellung der linkseitigen Extremitäten. Zurzeit ist sie gravid und widerstrebt deshalb der Entnahme von Blut und Liquor. Unser Patient hatte mit einem Vierteljahr Krämpfe, dann im 8. und 10. Jahre. In der Normalschule kam er nicht weiter, weshalb er zur Hilfsschule gebracht wurde. Er ist 144 cm groß, der Nabel liegt 89 cm hoch. Der Horizontalumfang des Kopfes beträgt 51,5 cm. Haut und Schleimhäute sind blaß. Der Penis ist auffallend klein, ebenso das Skrotum; ein erbsengroßer Hoden ist darin palpierbar, ebenso einer im rechten Leistenkanal. Die beiden Mammae haben weiblichen Typus. Die Pupillen sind lichtstarr. Der Kremasterreflex links fehlt. Die Kniereflexe sind sehr lebhaft. Scapula scaphoides. Wa.R. im Blut und Liquor sind stark positiv, auch die Sternsche Modifikation, sowie die Kältereaktion nach Jakobsthal. Phase 1 ist positiv, Pleozytose: 15 Zellen im Kubikzentimeter. Der Junge ist dauernd unruhig und schreit, sobald man sich mit ihm beschäftigt. Seine Antworten sind mangelhaft; dabei Silbenstolpern. Auf längeres Zureden gibt er etwas zutreffendere Antworten, erzählt von seinem Beinbruch, weiß Bescheid über Alter, Ort und Zeit, betrachtet Bilderbücher und Spielsachen, doch bringt er dazwischen vielfach wieder ablehnende Antworten vor. Er kann seinen Namen schreiben, einige Buchstaben werden mangelhaft wiedergegeben. Er rechnet nur die einfachsten Aufgaben wie 2 × 2 oder 1 × 2, aber schon nicht mehr 6 + 8 oder 3 + 9. — Es handelt sich um infantile Paralyse auf Grund angeborener Syphilis; für letztere spricht Scapula scaphoides; gegen angeborene Lues kann das Fehlen irgendwelcher Zeichen aus der Hutchinson-Trias nicht geltend gemacht werden; diese sind vielmehr verhältnismäßig selten. Interessant ist der Fall durch die dysgenitale Form des Infantilismus. Dadurch bedingt ist auch der eunuchoide Riesenwuchs der Beine, wenn schon in weniger starker Ausbildung auch bei angeborener Syphilis ohne Dysgenitalismus die langen Röhrenknochen verlängert sein können. Der syphilitisch bedingte Infantilismus spricht eher für angeborene Syphilis, ist aber dafür nicht ausschlaggebend, denn es gibt in der Literatur und auch im Material des Vortragenden Fälle von Infantilismus infolge einer in der Kindheit erworbenen Syphilis.

b) Der 1877 geborene Patient ist erblich belastet, der Großvater des Vaters und der Onkel der Mutter waren geisteskrank, eine Schwester ist an Diabetes gestorben. Die Mutter hatte in der Gravidität starke Aufregungen. Früher litt Patient an Masern, ferner an Radiusbruch. Er war von jeher geistig schwach, mit $19^3/_4$ Jahren wurde er unter Erregung in eine Schwachsinnigenanstalt gebracht. Damals war er 178,5 cm groß, die Kniereflexe erschienen fast aufgehoben, es bestand Hang zum Vagabundieren, Stehlen und Onanieren. Mit 28 Jahren traten epileptische Anfälle auf. Zurzeit ist er 182 cm groß. Pupillen und Reflexe sind in Ordnung, ebenso Motilität und Sensibilität. Der Rumpf ist kurz und plump, das Becken sitzt hoch. Die Wirbelsäule ist etwas skoliotisch. Es besteht ausgesprochener Hängebauch und beträchtliche Adipositát. Der Bartwuchs ist ganz minimal, ebenso die Behaarung der Achselhöhle und Schamgegend. Die Pubes schließen horizontal ab. Die Unterextremitäten sind unverhältnismäßig lang. Es besteht Genu valgum und Pes planus. Das Skrotum ist sehr klein, beide Hoden sind etwa erbsengroß, der rechte noch kleiner als der linke. Der Kopfumfang beträgt 56 cm, die Stirn ist leicht fliehend, das Gesicht ist asymmetrisch. Die Zunge zittert etwas. Die Röntgenaufnahme zeigt den Türkensattel etwas weit, ungefähr kirschgroß. Die Luesreaktionen sind negativ. Zeitweise ist der Patient schwer besinnlich und schläft sehr viel. Über seine Überführung machte er verwirrte Angaben. Allmählich wurde er freier, seine Auffassung ist aber erschwert, seine Äußerungen sind sehr umständlich. Dazu tritt auch Erregung und weiterhin weinerliches Benehmen auf; gelegentlich auch ein kindisches, läppisch-heiteres Benehmen. Auch bei der Untersuchung mit dem Schwachsinnsprüfungskasten benimmt er sich geradezu kindisch und schreckhaft. Manchmal traten auch Sinnestäuschungen auf, so glaubt er die Wärter mit Hörnern zu sehen. Zeitweise zerreißt

er seine Wäsche, singt und pfeift, führt Selbstgespräche. — Es handelt sich um angeborenen Schwachsinn mit Dysgenitalismus, dabei symptomatische Epilepsie und zeitweilige psychische Erregung mit Sinnestäuschungen. Der Körperbau hat feminine Züge, die sekundären Geschlechtscharaktere sind unentwickelt, anscheinend ist in Korrespondenz mit den verkümmerten Hoden die Hypophysis vergrößert. Es ist anzunehmen, daß sich von der Anlage her das Hirn und das Genitalsystem abnorm entwickelten und die entsprechenden Störungen einander parallel gehen.

c) Die demnächst 20 jährige Patientin hat erst im dritten Jahr laufen gelernt. Mit 9 Jahren kam sie in die Schwachsinnigenanstalt, damals 112 cm groß, 16,5 kg schwer, mit einem Kopfumfange von 47,5 cm. Die Zähne waren rachitisch, sie war schwerhörig, die Bewegungen waren leicht spastisch. Später litt sie an Koxitis, Influenza, Kopfverletzung, Furunkel, Ekzem. 19 Jahre alt, erlitt sie Krämpfe mit Bewußtlosigkeit, Zuckungen in den Extremitäten, Urinabgang. Wegen lebhafter Erregung wurde sie in die Anstalt Friedrichsberg verlegt. Sie ist nunmehr 136 cm groß; Kopfumfang 50 cm. Der Hinterkopf ist abgeflacht. Die Ohrläppchen sind angewachsen. Es besteht Strabismus alternans, die Pupillen reagieren. Adenoma sebaceum ist angedeutet. Es liegt Retrognathie vor; die Zähne sind unregelmäßig gestellt. Über der Pulmonalis hört man ein leises, unreines präsystolisches Geräusch. Die Mammae sind gut entwickelt. Die Gelenke sind auffallend weich und dehnbar. Die Füße werden in extremer Spitzfußstellung gehalten, die Beinmuskeln sind angespannt, passiv lassen sich die Füße nicht dorsal biegen. Dagegen werden die Füße beim Gehen einigermaßen richtig aufgesetzt. Die Reflexe an den Beinen sind sehr lebhaft, Klonus ist bei den Spannungen nicht auslösbar; auch Babinski ist nicht hervorzurufen. Zwischen den Fingern und Zehen zeigt sich etwas Schwimmhautbildung. Die Eierstöcke sind sehr hypoplastisch. Der Uterus ist infantil, etwa 5,5 cm lang. Die Menses bestehen; die Luesreaktionen sind negativ. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Psychisch liegt das Bild tiefstehender erethischer Idiotie vor. Das Verhalten macht einen pithekoiden Eindruck. Gewöhnlich kauert sie sich zusammen; wenn man sich mit ihr abgibt, schreit sie und macht ungeordnete Abwehrbewegungen. Auf die Klänge einer Spieldose wird sie freundlicher und lacht, doch vermag sie nicht, die Kurbel der Dose zu drehen. Auf Tastreize bleibt sie gelegentlich teilnahmlos. Einer dargebotenen Puppe reißt sie die Kleider herunter, um sie in den Mund zu stecken. Die Nahrungsaufnahme und Reinlichkeit bessern sich unter der Behandlung. Vielfach macht sie die katatonieähnlichen rhythmischen Bewegungen des Kopfes. — Es handelt sich um tiefen Schwachsinn, mittleren Dysgenitalismus, leichte spastische Paraparese und Zwergwuchs. Am ehesten erinnert sie an die von Bourneville beschriebenen, seltenen Fälle eines Nanisme diplégique. Die Degenerationszeichen weisen auf frühen Beginn der Störung hin. Vermutlich trat schon in der Embryonalzeit Enzephalitis mit Hydrocephalus internus ein, wodurch die motorischen Bahnen der Unterextremitäten gestört und durch Beeinflussung des vorderen Hypophysenabschnittes das Wachstum verzögert wurde.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 5. April 1913.)

Hildebrand: **Hernia ischiadica.** Ich zeige Ihnen hier einen Fall, der mir diagnostisch gewisse Schwierigkeiten gemacht hat. Es handelt sich um ein Kind, das von Geburt an eine faustgroße Geschwulst auf der linken Seite der Glutäalgegend hatte mit eigentümlichen naevusartigen Veränderungen an der Haut, wie sie oft bei kongenitalen Zuständen vorkommen. Die Geschwulst ließ sich bei Bauchlage eindrücken. Wenn man einen starken Druck ausübte, konnte man sie fast ganz zum Verschwinden bringen, und man hatte dann das Gefühl eines weichen Widerstandes. Beim Husten und Pressen tritt sie wieder hervor. Wenn man tief hineinfühlte, so schien es, als ob ein Loch im Knochen wäre, ein Defekt. Das Röntgenbild zeigt einen ovalen Defekt im oberen Teil des Kreuzbeines, das Kreuzbein war links weniger ausgebildet. Ich schwankte, ob es nicht eine abnorm gelegene Steißzyste mit Knochendefekt sei, wegen der eigentümlich veränderten Haut, oder ob es sich um eine seltene Hernie, eine Hernia ischiadica handelte. Durch die Operation suchte ich die Sache klarzulegen. Nachdem die Haut gespalten war, zeigte sich, daß der Glutaeus magnus zum Teil nach unten von der Geschwulst lag. Zum Teil lag er auf der Geschwulst, war aber sehr atrophisch. Ich kam durch diese atrophische Partie hindurch, und dabei wurden im tiefen Fettgewebe meh-

rere kleine Zysten mit klarem Inhalt eröffnet. Dann fand sich, ohne daß man auf einen eigentlichen Bruchsack stieß, Darm, aber nicht freier Darm, sondern extraperitoneal gelegener, von Bindegewebe überzogener Darm, der aber mit dem Rektum nicht in direkter Verbindung stand. Das Aussehen erinnerte an die extraperitonealen Partien eines Zökalbruches. Ich konnte ihn nicht lösen. Deshalb stülpte ich ihn in das Loch ein und nähte die Weichteile in mehreren Etagen darüber zu. Damit war ich aber noch nicht ganz klar. Ich stand vor der Frage: warum war der Darm nicht frei, warum war kein Bruchsack ausgestülpt, worin der Darm frei lag? Die Peritonealhöhle war bei der Operation nicht eröffnet worden. Ich machte deshalb in einer späteren Sitzung den Bauch auf, um die Verhältnisse klarzustellen, doch auch das hat mir nicht volle Klarheit gebracht. Ich fand den Darm, ich fand die Flexur, ich fand das Rektum im kleinen Becken nur vorn von Peritoneum bekleidet, die im Bruch gelegenen Darmteile lagen daneben, extraperitoneal zwischen Rektum und Sakraldefekt, ich konnte aber keine Komminikation zwischen Rektum und dem Darmteil feststellen. Vorläufig also kann, ich mir die Sache nur so vorstellen — vielleicht finde ich noch eine andere Deutung —, daß hier ein kongenitaler Defekt im Becken vorhanden ist, daß außer diesem kongenitalen Defekt eine Mißbildung am unteren Ende des Darmes bestand, und daß der Darm, den ich von unten bloßgelegt habe, eine Partie des mißgebildeten Darmes ist, die neben dem gewöhnlichen Darm liegt, so daß sie gar nicht mit dem Hauptdarm kommunizierte. Auch bei diesem Leiden sind die Verhältnisse noch sehr wenig geklärt. Wenn man die Literatur durchforscht, so findet man nur von wenigen Hernien berichtet, die man wirklich als Hernia ischiadica bezeichnen kann. Daß dies eine Hernia ischiadica ist, kann gar keinem Zweifel unterliegen; denn sie betrifft die typische Gegend im Bereich des Glutaeus maximus, oberhalb und unterhalb vom M. pyriformis. Aber es ist kein Zweifel, daß sich unter den Fällen, die mitgeteilt sind, eine Anzahl befinden, wo kongenitale Mißbildungen vorlagen, Defekte am Knochen und wohl auch Defekte an den Weichteilen, und daß dadurch die ganze Sache zustande gekommen ist. Reine wirkliche Hernien, die man als Hernia ischiadica im gewöhnlichen Sinne bezeichnen kann, sind nur ganz spärlich beschrieben. Garrè hat einmal eine Zusammenstellung von elf Fällen gemacht. Ganz befriedigend ist das Operationsresultat nicht. Die Geschwulst ist ja viel kleiner, als sie früher war; aber man hat doch das Gefühl, daß man hier auf eine weiche Partie kommt und daß man den Defekt noch fühlen kann. Das liegt in der Natur der Sache; denn wenn der Knochen defekt ist, wird der Darm immer wieder vordringen, falls man nicht durch eine Knochenplastik den Defekt schließt."

(Berliner Gesellschaft für Chirurgie, 14. Juli 1913.)

III. Neue Bücher.

A. v. Reuss, **Die Krankheiten des Neugeborenen.** Berlin 1914. J. Springer. Preis 22.— M.

Als Assistent an der Universitäts-Kinderklinik und als Leiter der Neugeborenen-Station an der I. Universitäts-Frauenklinik in Wien konnte der Verfasser dieses Buches sehr reiche Erfahrungen sammeln. Außerdem hat er die Publikationen anderer in größtem Umfange sich zu eigen gemacht (das Literaturverzeichnis nimmt 37 Seiten ein!) — schon das genügt, um von vornherein die Meinung zu befestigen, daß in diesem Werke der Leser von berufenster Seite über alle Einzelheiten des so überaus wichtigen Gebietes orientiert werden würde. Vertieft man sich in das 550 Seiten umfassende Buch, so findet man die vorgefaßte Meinung vollauf bestätigt und kommt zu dem Schlusse, daß die pädiatrische Literatur durch dieses Werk eine wirkliche Bereicherung erfahren hat und daß in ihm selbst derjenige, der glaubt, auf diesem Gebiete recht gut Bescheid zu wissen, noch sehr vieles entdecken wird, was ihm Belehrung und Anregung bringt. Für alle aber, die die Krankheiten der Neugeborenen erst mal richtig kennen lernen wollen, wird das v. Reusssche Werk fortan unentbehrlich sein. 90 ausgezeichnete Abbildungen sind dem Buch — das auch sonst sehr schön ausgestattet ist — beigegeben und ergänzen den Text in bester Weise. Grätzer.

W. Kruse u. P. Selter, **Die Gesundheitspflege des Kindes.** Stuttgart 1914, F. Enke. Preis 26.— M.

Seit Uffelmanns Handbuch (1881) ist keine wissenschaftliche Bearbeitung der Gesundheitspflege des Kindes mehr herausgekommen, und wir müssen schon deshalb den Herausgebern und ihren Mitarbeitern — unter diesen befinden sich u. a. Aschaffenburg, H. Cramer, Machol, F. A. Schmidt, H. Selter, Stratz — dankbar sein, daß sie unsere Literatur um dieses Werk bereichert haben, das — wie hier gleich hervorgehoben sei — nicht nur allen Ansprüchen durchaus genügt, sondern als geradezu hervorragend bezeichnet werden muß. Selbst der Umstand, daß das Buch nicht allein den Medizinern gewidmet ist, sondern auch von Laien, „allen Freunden der Volksgesundheit", gelesen werden soll — ein Umstand, der uns sonst nicht gerade willkommen ist — ändert hier an der Beurteilung nichts. Ja, man muß sich geradezu freuen, daß diese ausgezeichneten Arbeiten der Autoren auch weiteren Kreisen zugänglich sein und diesen Belehrung und Anregungen bringen sollen. Es würde zu weit gehen, das fast 800 Seiten starke Buch im einzelnen zu besprechen; es bringt dem Leser alles, was über die einzelnen Kapitel — es sind deren 21 — gesagt werden kann, in leicht faßlicher, anregender Form, es bringt außerdem 122 Textabbildungen, die sehr instruktiv wirken und den Wert des Buches erhöhen. Grätzer.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Die Städtischen Säuglingsfürsorgestellen werden von jetzt ab die von der Berliner Waisenverwaltung innerhalb des Weichbildes von Berlin in Familienpflege ausgegebenen Kinder unter 6 Jahren fortlaufend gesundheitlich überwachen.

Die Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene schreibt nochmals die Preisaufgabe aus: „Bringt materielles und soziales Aufsteigen den Familien Gefahren in rassenhygienischer Beziehung?" Alles Nähere durch den Schriftführer der Gesellschaft Dr. G. Heimann, Charlottenburg, Cauerstr. 35.

Neukölln. Die Schulzahnklinik, die nach Prof. Ritter benannt ist, ist eröffnet. Leiter ist der Schulzahnarzt Wolowski aus Bielefeld.

Gr.-Lichterfelde-West. Die unter Leitung von Dr. Philip stehende Säuglingsfürsorgestelle ist am 2. d. M. eröffnet.

Duisburg. Die Stadt hat eine Nachterholungsstätte für kränkliche Schulkinder errichtet.

München. Zur Erinnerung an die in seiner Gegenwart vollzogene Eröffnung der Kgl. orthopädischen Klinik bei der Kgl. Landesanstalt für krüppelhafte Kinder in München hat der König mit einem Kapital von 10000 M. eine Stiftung für bedürftige krüppelhafte Kinder errichtet. Die Stiftung führt den Namen „König Ludwig III.-Stiftung für bedürftige krüppelhafte Kinder" und hat ihren Sitz in München. Die Erträgnisse des Stiftungsvermögens sind dazu bestimmt, bedürftigen krüppelhaften Kindern bayerischer Staatsangehörigkeit bis zu 14 Jahren freie Aufnahme und ärztliche Behandlung in der Kgl. orthopädischen Klinik bei der Kgl. Landesanstalt für krüppelhafte Kinder in München zu gewähren. Die Verleihung des Stiftungsgenusses steht der Direktion der Kgl. orthopädischen Klinik bei der Kgl. Landesanstalt für krüppelhafte Kinder in München zu.

Wien. Herr K. Frank hat 3 Millionen für ein Kinderspital in Lilienfeld gestiftet.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für
Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

19. Jahrgang. 1. Juli 1914. Nr. 7.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Archiv für Kinderheilkunde. 62. Band. 1. und 2. Heft.

Marie Kaufmann-Wolf, Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwichen Achorion Schoenleini und Achorion Quinckeanum (Menschenfavus und Tier-, bezw. Mäusefavus). Den Unterschied der beiden Favusarten illustrieren einige klinische Beobachtungen. Die Prädilektionsstelle beim Menschenfavus ist der behaarte Kopf, der Körper kann sekundär befallen werden, primär nur sehr selten. Der Tierfavus wird fast nie auf dem Kopf gefunden. Die Häufigkeit des Menschenfavus ist nicht, wie behauptet wurde, abhängig von der Häufigkeit des Tierfavus. Der erstere befällt unterschiedslos Alt und Jung, der chronische Menschenfavus kommt dagegen vorwiegend bei jugendlichen Personen vor. Prognostisch ist der Tierfavus ungleich günstiger als der Menschenfavus, insofern dieser ein chronisches Leiden darstellt, das mit Narbenbildung und dauerndem Haarverlust einhergeht, während jener mehr eine oberflächliche, vorübergehende Erkrankung ist.

Herman Plew, Über die Perforation des Darmes durch Askariden. Die Darmwand kann durch Askariden primär geschädigt werden, nicht bloß an Stellen früherer Krankheitsveränderungen. Bei einem dreijährigen Kinde hatte ein Wurm das Jejunum durchbohrt und zu tödlicher eitriger Peritonitis geführt.

Friedrich Wendenburg (München-Gladbach), Die Ätiologie der orthotischen Albuminurie unter besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Tuberkulose. Die essigsaure Fällung ist immer der Ausdruck einer Nierenschädigung, wahrscheinlich des Glomerulusapparates. Diese Läsion kann mechanisch-vasomotorisch oder infektiös sein. Verf. nimmt das letztere an, und damit eine reine Form der orthostatischen Albuminurie, bei der die Lage der Niere beim wachsenden Individuum eine Glomerulusschädigung veranlaßt: Chondroiturie. Eine solche Niere ist infektiösen Einflüssen zugänglicher und dadurch für Entstehung chronischer Nephritis disponiert. Ätiologisch macht Verf. ein infektiöses Moment, die chronische Pharyngitis und Tonsillitis verantwortlich und empfiehlt deshalb gründlichere Behandlung dieser Erkrankungen.

Edgar Reye (Hamburg), Über Spondylitis infectiosa. Bei einem $6^1/_2$ wöchigen Kinde führt eine akute durch den Staphylococcus aureus hervorgerufene eitrige Spondylitis zur Zerstörung des

VI. Wirbelkörpers, Gibbusbildung, Kompression des Rückenmarkes, Infektion der Pleura und tödlichem Ausgang.

Emanuel Steinschneider (Cherson, Rußland), Colitis pseudomembranacea infantum. 3 Fälle, bei denen jedesmal eine Enteritis vorausgegangen war. Diese scheint eine notwendige Vorbedingung für das Zustandekommen der Membranbildung zu sein.

A. Lechler (Rostock), Zur Frage der Häufigkeit, Diagnose und neueren Behandlung der Spulwurmkrankheit bei Kindern. Unter 300 wahllos untersuchten Kindern jenseits des Säuglingsalters fanden sich bei 16,33% Spulwürmer, die Häufigkeit war also ziemlich groß. Die Diagnose der Askaridiasis ist im Hinblick auf die meist sehr vagen subjektiven Beschwerden der Kinder mit Sicherheit nur möglich durch den Abgang von Würmern oder durch den Nachweis der Eier im Stuhl. Die ziemlich umständliche Telemannsche Methode der „Anreicherung“ der Spulwurmeier im Kot besitzt keine wesentlichen Vorzüge vor einfachen mikroskopischen Stuhluntersuchungen. Zur Behandlung der Krankheit sind das amerikanische Wurmsamenöl (Ol. Chenopodii anthelminthici), sowie das aus ihm hergestellte Wermolin (Emulsio olei Chenopodii anthelminthici comp.) nach wie vor durchaus zu empfehlen.

Otto Fleischmann u. Siegfried Wolff (Wiesbaden), Angeborene Wassersucht. Angeborene partielle Wassersucht bei einem Neugeborenen infolge oder in Verbindung mit einer sehr ausgeprägten hämorrhagischen Diathese, Haut- und Gehirn-Blutungen. Die Asphyxie wurde durch Punktion des Aszites behoben. Exitus letalis. Bei der Mutter wurde Lues nachgewiesen.

J. A. Schabad (St. Petersburg), Anormales Scharlachexanthem. 3 Scharlachfälle, bei denen das Exanthem eine Mittelstellung einnahm zwischen dem gewöhnlichen Bild und dem Scharlach ohne Exanthem. Die Haut war von vollkommen normaler Farbe, die Follikel der ganzen Haut waren stark angeschwollen, so daß beim Betasten der Eindruck eines Reibeisens gewonnen wurde. Die Haut hatte das Aussehen einer Gänsehaut, blieb so mehrere Tage und war von starker Abschuppung gefolgt.

Am. Vozárik (Graz), Bemerkungen zur Arbeit von O. Lade: „Studien über die Azidität des Urins mit experimentellen Beiträgen aus dem Säuglingsalter“. Prioritätsanspruch.

Hecker (München.

Eckert, Die pharmakologische Prüfung des vegetativen Nervensystems im Kindesalter. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 1 u. 2. S. 41.) Die Arbeit befaßt sich mit den von Eppinger und Hess aufgestellten Symptomenbefund der Vagotonie und Sympathikotonie. Der normale Ablauf aller viszeralen Organfunktionen setzt ein geregeltes Ineinandergreifen autonomer und sympathischer Impulse voraus. Ein Zuviel oder Zuwenig muß sich in motorischer oder sekretorischer Hemmung oder Erregung an den Erfolgsorganen äußern; dieses Plus oder Minus betrachten Eppinger und Hess als Ausdruck einer „Tonussteigerung“ oder „Herabsetzung“, und sie nehmen die

Möglichkeit des Bestehens eines derartigen Zustandes an, ohne daß er geradezu als Krankheit imponiert. Für die Feststellung des Tonus im vegetativen Nervensystem können bestimmte Arzneimittel benutzt werden. Adrenalin reizt elektiv die sympathischen Nerven, ein sie lähmendes, sicher wirkendes Medikament fehlt uns noch. Atropin macht vielfach Effekte unwirksam, die durch autonome Reize erzeugt werden. Pilokarpin erregt autonom versorgte Organe.

Zur Prüfung wurden alle drei Mittel, das Atropin, Pilokarpin und das Adrenalin herangezogen. Bei den Kindern von 1—3 Jahren wurde $^{1}/_{2}$ mg, bei den älteren Kindern 1 mg injiziert. Nach allen Injektionen wurden bei viertelstündigen Pausen Pulszählungen vorgenommen, es wurde die Pupille und ihre Reaktion kontrolliert, weiterhin das Verhalten der Haut, ob sie sich warm anfühlte, feucht wurde, ob Schweiß auftrat oder Rötung. Es ist hierbei wichtig zu wissen, daß Pilokarpin nur wenig auf den Puls einwirkt. Bei der Adrenalininjektion wurde außerdem in halbstündigen Intervallen die Messung des Blutdrucks mit dem Recklinghausenschen Tonometer an der Arteria brachialis vorgenommen und Maximal- und Minimaldruck sowie ihre Differenz, die Blutdruckamplitude, notiert. Bei den kleineren Kindern mußte diese Messung aus äußeren Gründen aufgegeben werden, da die Resultate bei der Unruhe der Patienten schwankende und unsichere waren. Für die Adrenalinprüfung kam schließlich die Beobachtung der Kohlehydrattoleranz in Betracht. Bei den Kindern von 1—3 Jahren wurden zu diesem Zwecke am Tage vorher 10 g Milchzucker, bei den älteren Kindern 50 g Milchzucker gegeben und sodann mit dem Urin die Nylanderprobe angestellt. Fand sich Zucker, so wurde am 2. Tage eine geringere Menge gegeben, bis eine Zuckerausscheidung eben nicht mehr stattfand. Zwei Stunden vor der Adrenalininjektion wurde dann diese keine Glykosurie mehr erzeugende Zuckermenge gegeben, und darauf erneut der Urin mittels Nylander untersucht. Die gefundenen Zahlen wurden in einer Kurve vereinigt. Bei einigen Fällen konnte auch das Aschnersche Phänomen geprüft werden. Bei Druck auf beide Bulbi tritt gegebenenfalls eine Pulsverlangsamung ein (Prüfung durch Sphygmogramm). Eppinger und Hess betrachten das Aschnersche Phänomen ebenfalls als ein Symptom der Vagotonie.

Die Untersuchungen ergaben, daß der von Eppinger und Hess angenommene Antagonismus zwischen sympathischem und autonomem System nur in großen Zügen vorhanden ist. Eine Ausnahme machen zwei Fälle, die beide gleichzeitig Adrenalin- und Pilokarpinwirkung ergaben. Es sind dies Fälle von Poliomyelitis und Hirntumor. Ein Fall von Urticaria und zwei Fälle von Asthma, die nach Eppinger und Hess vagotonisch sein sollten, haben im Gegenteil eine erhöhte Empfänglichkeit für Adrenalin. Fälle von Tuberkulose verhalten sich verschieden. Verf. meint, man solle den Begriff Vagotonie in suspenso lassen und sich in weiteren Untersuchungen darauf beschränken, an einem großen Material die Gesetze verschiedener Pharmaka auf das vegetative Nervensystem zu erforschen. Schick (Wien).

H. Finkelstein, Zur Einteilung der Ernährungsstörungen des Säuglings. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 1 u. 2. S. 67.) Im

großen und ganzen an seiner Einteilung der Ernährungsstörungen festhaltend, läßt Verf. die Bezeichnung „Bilanzstörung" fallen und ersetzt sie durch die altehrwürdige Bezeichnung „Dystrophie", die besagen soll, daß eine schlechte Körperbeschaffenheit infolge eines Ernährungsfehlers vorliegt. Diese Dystrophien werden zweckmäßig geschieden in:

Rein alimentäre Dystrophien = chronische Nährschäden, in dem oben begründeten konventionellen Sinne = typische Bilanzstörungen;

rein alimentäre Dystrophien mit spezifischen Läsionen (Barlow, alimentäre Anämie usw.);

postinfektiöse Dystrophien (postinfektiöse Bilanzstörungen);

Inanitionszustände allgemeiner oder partieller Art.

So wie schon in diesen Gruppen machen sich bei den Toxikosen große Schwierigkeiten bei der Einteilung bemerkenswert, insbesondere mit Rücksicht auf die Beteiligung der Infektion und anderer Momente (Hitze) an der Entwicklung der Krankheitsbilder. Immerhin bewährt sich die vom Verf. vorgeschlagene Einteilung im klinischen Gebrauch sehr gut. Die Heranziehung der funktionellen Betrachtungsweise und des Toleranzbegriffes ist sicherlich gebrauchsfähig.

Schick (Wien).

F. Göppert, Der Darm bei foudroyant verlaufender Genickstarre. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 1 u. 2. S. 97.) Es ist kein Zweifel, daß das, was man Status lymphaticus nennt, ganz außerordentlich häufig bei Genickstarre gefunden wird, und zwar um so häufiger, je frischer die Erkrankung ist.

Bei Kindern jedoch, die nach längerem Kranksein gestorben sind, finden sich die charakteristischen Befunde des sogenannten Status lymphaticus nicht, weil gleichzeitig mit dem Mastzustand nicht nur die Thymus, sondern auch die lymphatischen Gewebe einem Schwunde anheimfallen.

Unter dem Befunde der Vergrößerung der Lymphdrüsen im Darme verbergen sich andere Befunde im Darme. Makroskopisch zum Beispiel intensive Rötung des ganzen Ileums. Die mikroskopische Untersuchung des Darmes ergibt extremste Erweiterung kapillärer Bluträume ohne entzündliches Ödem und ohne Infiltration mit Leukozyten.

Bezüglich der Lymphdrüsen ist zu sagen, daß erhebliche Hyperämien in den mesenterialen Lymphdrüsen häufig vorkommen und daß auch Erscheinungen von Sinusitis gefunden wurden. Die Darmveränderungen haben außerordentliche Ähnlichkeit mit denjenigen Veränderungen, die man bei Kapillargiften (Wolfgang Heubner) findet, z. B. bei Arsenvergiftung. Es liegt also der Gedanke nicht fern, daß bei Genickstarre, wenn sie als Vergiftung, nicht als lokale Krankheit verläuft, Veränderungen auftreten, die wir denen nach Kapillarvergiftung gleichsetzen können, und zwar würden wir ebenso wie bei diesen letzteren eine Kapillarlähmung des Darmes und eine Veränderung der Lymphdrüsen annehmen, bei der nur die Erscheinung der Blutresorption in direktem Zusammenhang mit den Darmveränderungen steht, während die Sinusitis eine selbständige Parallel-

erscheinung darstellt. Sucht man nach anderen Zeichen der Kapillarvergiftung bei Genickstarre, so findet man bei foudroyanter Meningitis jene diffuse Rötung der Schleimhäute, unterhalb der Stimmbänder beginnend, bis in die feinsten Bronchien hinein.

In analogen Veränderungen des Darmes könnte die Ursache gelegen sein für die parenteralen Durchfälle bei Infektionskrankheiten.

Schick (Wien).

Götzky, Über die klinische Bedeutung der Kubitaldrüsenschwellungen. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 1 u. 2. S. 113.) Auf den Zusammenhang der Kubitaldrüsen mit Lues haben Heubner und Hochsinger hingewiesen. Vor kurzem hat Goldreich (siehe Referat) eine große Statistik veröffentlicht. Die Untersuchungen Verf.s ergaben folgende Resultate:

Kubitaldrüsenschwellungen findet man bei Kindern jeder Altersstufe bis in die Pubertät hinein; sie sind in der Mehrzahl doppelseitig und dann meistens luetischer Natur. Die Rachitis beteiligt sich nur in sehr geringem Grade daran. Etwas mehr die Tuberkulose. Bei Säuglingen sind sie fast pathognomonisch für Lues, bei älteren Kindern sehr suspekt und bisweilen das einzige Symptom der Lues latens. Mit Lymphatismus haben sie nichts gemein. Einseitige Kubitaldrüsenschwellungen sind meistens nicht luetisch. Das Röntgenbild bei Kindern im Spiel- und Schulalter ist hinsichtlich alter Periostitiden mit Vorsicht und Reserve zu beurteilen, gibt aber nicht selten eine ätiologische Aufklärung.

Schick (Wien).

Harriehhausen u. J. Wirth, Toxinbefund im Blute diphtheriekranker Kinder. (Ztschr. f. Kindhlk., Orig. 7. 1913 H. 1 u. 2. S. 132.) Die Prüfung des Blutes erfolgte mittels der Römerschen Methode durch intrakutane Injektion des Serums (0,04; 0,06; 0,08; 0,1 ccm Serum). Zwölf frisch an Diphtherie erkrankte Kinder ergaben positives Resultat. Dieser Toxinnachweis gelang bei fünf Fällen auch nach der reichlichen Zufuhr von Antitoxin am 18., 22., 23. bis zum 35. Tag. Zehn Fälle von postdiphtherischer Lähmung ergaben bei Untersuchung fünfmal Anwesenheit von Toxin im Blut. Außer bei Diphtherie erzeugte auch das Serum von an Varizellen und Meningitis cerebrospinalis erkrankten Kindern bei Meerschweinchen Nekrosen. Diese nekroseerzeugende Substanz wird aber durch Heilserum nicht paralysiert.

Schick (Wien).

Hans Koeppe, Über die Wirkung des auf den Lymphwegen den Drüsen zugeführten Tuberkulins. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 1 u. 2. S. 156.) Bei Kontrolle der Lymphdrüsen der Achselhöhle vor und nach der Pirquet-Probe sah Verf. oft, daß die vor der Probe deutlich geschwollenen Drüsen der Achselhöhle nach der Kutanprobe sich verkleinerten. Ein einschlägiger Fall wird ausführlich beschrieben. Die günstigen Erfahrungen veranlaßten zur Anwendung kurativer Pirquetisierung. Die meisten behandelten Fälle betrafen Lymphdrüsenschwellungen des Halses. In allen Fällen, bei denen eine starke Reaktion auftrat, bei denen die Drüsen hart waren und kein Fieber bestand, konnte prompter und relativ schneller Rückgang der Drüsenschwellung beobachtet werden. Es trat auch keine neue

Schwellung im Laufe der nächsten 3—4 Jahre ein. Verf. meint, daß es sich vorzugsweise um eine direkte Wirkung des auf den Lymphwegen den Drüsen zugeführten Tuberkulins handelt, eine Allgemeinwirkung kommt aber außerdem wohl in Betracht.

Schick (Wien).

Hans Hahn, Zur Klinik des Wundscharlachs. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 233—243.) Kasuistik von 7 Fällen extrapharyngealen Scharlachs bei Empyem und von 10 Fällen, die im Anschluß an Verbrennungen, Verletzungen und Operationen entstanden. Die Erkrankung begann gewöhnlich mit plötzlichem Fieberanstieg. Erbrechen war selten, die Umgebung der Wunde zeigte zuerst nur intensives Exanthem, Enanthem der Schleimhäute trat auf. Dagegen fehlten stets lakunöse Beläge auf den Tonsillen. Die Fälle verliefen leicht. Schick (Wien.)

F. Steinitz u. **R. Weigert,** Erfahrungen mit Molkensuppe bei Säuglingen. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 243—260.) Die Nahrung besteht aus Molke mit Zusatz von 4% Mondamin. Die Molke wurde durch Pegninfällung gewonnen. Nach kurzer Teediät oder auch ohne solche wurden 1—3 Mahlzeiten Molkensuppe verabreicht. Als übrige Mahlzeiten wurden Milchverdünnungen mit Wasser oder mit Mehlabkochungen gegeben. Zum Süßen diente bei akuten Störungen Saccharin, sonst Rüben- oder Soxhlets Nährzucker. So schnell wie möglich werden die Molkenmahlzeiten wieder durch gewöhnliche Milchverdünnungen ersetzt. Zuerst wurden nur akute Störungen, später auch chronische behandelt.

Die Molkensuppe wird gerne getrunken. Das Erbrechen sistiert gewöhnlich. Die Stühle werden homogener. Schick (Wien).

H. Rietschel, Bronchotetanie, Bronchialasthma und asthmatische Bronchitis im Säuglingsalter. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 S. 261—265.) Im Anschlusse an die von Lederer gegebene Beschreibung des Krankheitsbildes der Bronchotetanie beschreibt Verf. einen einschlägigen Fall. 7 Monate altes Kind, seit 14 Tagen stärker hustend, erbrach in den letzten 3 Tagen. Bei der Aufnahme lebhafte Dyspnoe, Nasenflügelatmen, Einziehungen, über den Lungen diffuses Rasseln. Während der Beobachtung durch viele Tage Anfälle von schwerster Dyspnoe und Zyanose. Adrenalin löst statt Besserung der Erscheinungen einen Anfall aus. Elektrische Erregbarkeit leicht erhöht (leider spät geprüft).

Verf. weist darauf hin, daß vielleicht manche Fälle von Bronchialasthma und asthmatischer Bronchitis des öfteren ihren Ursprung in der Spasmophilie finden. Schick (Wien).

Nikolaus Berend, Die Magnesiumsulfatbehandlung der spasmophilen Krämpfe. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 Nr. 6. S. 269 bis 332.) Verf. erörtert die verschiedenen Theorien der Tetanie und die Bedeutung der Kalziumsalze für die Tetanie. Unter den Theorien besteht in einem Punkt Einigung, daß es nämlich im Stoffwechsel zu einem Kalziumdefizit kommt. Jede Verschiebung im Stoffwechselverkehr der Salze, respektive in den Dissoziationsverhältnissen verursacht eine Veränderung der Reizzustände. Kalzium kann unter

gewissen Umständen auch reizend wirken. Der elektrische Reizwert kann durch Kalzium ebenso wie durch das Magnesium herabgesetzt werden, durch das letztere weniger. Man muß daher auch die Wirkungen des Magnesiums um so eher in Betracht ziehen, als die Muskulatur intakter Tiere nur in einem solchen Medium zu normalen Kontraktionen fähig ist, welches auch Magnesium enthält, und es scheint, daß bei Mangel an Magnesium das Muskelsystem in einen Kontraktionszustand gelangt, welcher die Entspannung verhindert.

Verf. berichtet nun über Resultate der Magnesiumbehandlung bei Spasmophilie. Am raschesten und intensivsten beeinflußt die Magnesiumbehandlung die elektrische Reizbarkeit und den Karpopedalkrampf, weniger rasch die Eklampsie und das Trousseausche Symptom, im geringsten Grade den Stimmritzenkrampf, aber immerhin rascher als mit einer beliebigen bisherigen Behandlungsmethode. Die Verlaufszeit der Tetanie wird mit der Magnesiumbehandlung stets verkürzt.

Bei Magnesiumbehandlung kann man die künstliche Ernährung beibehalten. Sie ist mit viel weniger Gefahren verbunden als bisher. Die Anwendung gestaltet sich folgendermaßen: Dem Kranken wird sofort die dem Gewichte entsprechende Magnesiumsulfatmenge subkutan injiziert (8%ige Lösung von Magnesiumsulfat 0,20 Magnesiumsulfat pro Kilogramm Körpergewicht). Der Darm wird sofort mit Rizinusöl entleert, und nach 6, höchstens 12 Stunden Nahrungskarenz bei salzloser Diät wird eine dem Alter und der Anamnese entsprechende Diät verabreicht. Wenn der Krampfzustand nach 2 Stunden keine Besserung zeigt, wird die Magnesiuminjektion wiederholt. Das weitere Verfahren hängt davon ab, ob am anderen Tage der Krampf gelöst ist. Man kann eventuell die Injektion wiederholen; fast in allen Fällen genügt eine Injektion, seltener muß die Behandlung durch 4—6 Tage fortgeführt werden. Vom zweiten Tage der Magnesiumbehandlung wird Phosphorlebertran gegeben. Schick (Wien).

Philipp Wehner, Neue Anwendungsform von Larosan. (Aus der inneren Abteilung (Kinderstation) des Städtischen Krankenhauses in Potsdam.) (D. m. W. 1913 Nr. 44.) Durch das seit diesem Frühjahr in den Handel gebrachte Larosan „Roche" wurde für die Säuglingsernährung die Möglichkeit geschafft, auf schnellem und einfachem Wege eine Eiweißmilch herzustellen, die der mit vielem Erfolg verwendeten Eiweißmilch der Vilbeler Milchwerke in der chemischen Zusammensetzung sehr nahe steht. Das Verfahren besteht, kurz gesagt, darin, daß 20 g des Präparates mit ½ Liter Milch nach Vorschrift zusammengebracht werden und diese „Larosanmilch" je nach der Lage des Falles mit Wasser, Schleim oder Mehlabkochungen verdünnt wird.

Diese Larosanmilch soll, wie auch die Vilbeler Eiweißmilch, bei den dyspeptischen Erkrankungen der Säuglinge in Anwendung kommen, und es haben die Versuche damit vollkommen befriedigt.

Besondere Erfolge hat Verf. mit der Larosanmilch auch bei älteren Kindern zwischen 12 und 24 Monaten gesehen, die an Rachitis oder Tuberkulose erkrankt waren. Die bei diesen Krankheiten so häufig auftretenden Darmstörungen wurden durch Larosanmilch behoben;

neigten die Kinder zu Durchfällen, so wurde täglich eine Mahlzeit mit Larosan eingeschoben, und es blieben dadurch die Unregelmäßigkeiten in der Darmfunktion aus. Patienten, bei denen man schon wochenlang keine Gewichtszunahme erzielen konnte, zeigten nach kurzer Zeit eine tägliche Zunahme von 15—50 g.

Die Nähe Berlins bringt es mit sich, daß auf die Kinderstation besonders viele Pflegekinder vorhanden sind; da diese für die Pflegemutter meistens nur ein Mittel zum Gelderwerb darstellen, ist der gesundheitliche Zustand dieser Kinder nicht erfreulich. Ärztliche Hilfe wird nur im äußersten Notfalle, nur um sich noch den Schein der Fürsorge bewahren zu können, beansprucht, und so ist das Kindermaterial denkbar schlecht. Meist bestehen die Nährschäden schon längere Zeit, Kalorien- und Flüssigkeitszufuhr hat bei der Aufnahme der Kinder oft schon seit mehreren Tagen nicht mehr stattgefunden. Die kleinen Patienten sind in einem Zustand, in dem nur schnelle Hilfe lebensrettend wirken kann. Bisher konnten derartige schwere Ernährungsstörungen — nur von schweren Fällen mit toxischen Erscheinungen soll im Nachfolgenden die Rede sein — nicht anders angegriffen werden, als daß mit Teetagen begonnen und dadurch dem großen Wasserverlust wenigstens einigermaßen entgegengewirkt wurde. Damit mußte oft tagelang fortgefahren werden, denn jeder Versuch einer konzentrierten Nahrungszufuhr mißlang. Da bei den vernachlässigten Fällen der Wasser- und Kalorienverlust schon zu groß war, konnte in der notwendigen kurzen Zeit eine ausreichende Menge von Nahrung nicht mehr zugeführt werden und erfolgte in der Regel am ersten oder zweiten Tag nach der Aufnahme infolge Entkräftung der Exitus.

Es kommt bei den schweren Nährschäden vor allem darauf an, in möglichst kurzer Zeit die die dyspeptischen Erscheinungen hauptsächlich bedingenden Schädlichkeiten, vor allem den Überschuß an niederen Fettsäuren bei den Milchnährschäden — diese sind ja die Hauptursachen — zu beseitigen und wieder Toleranz für kalorienreiche Nahrung zu schaffen. Ferner müssen möglichst schnell die wäßrigen Stühle in feste verwandelt werden, da nicht selten der enorme Wasserverlust als direkte Todesursache angesehen werden muß.

Das Kaseinkalzium (Larosan) scheint beide Eigenschaften zu vereinigen. Das Kasein wirkt vor allem durch Begünstigung der Darmfäulnis, wodurch der sauren Gärung entgegengewirkt wird. Kalkwasser gilt heute noch bei vielen Autoren als eines der besten Mittel bei kindlichen Diarrhöen. Die ersten Versuche mit Larosanmilch schlugen jedoch in diesen außerordentlich schweren Fällen fehl, obwohl Zwischenmahlzeiten mit Tee eingeschoben wurden und die nach Vorschrift bereitete Larosanmilch bis zu zwei Drittel mit Wasser verdünnt wurde. Da das Kaseinkalzium als solches nicht schädlich sein konnte, kam als Noxe nur der zur Zubereitung verwendete, wenn auch kleine Teil Milch in Betracht. Es lag nahe, daß man Versuche machte, das Larosan ohne Milchzusatz zu geben. Verf. verfuhr folgendermaßen: 40 g Larosan wurden mit kaltem Wasser angerührt und unter Rühren allmählich ein Liter kochend heißer Tee oder Schleim zugegeben. Wegen des faden Geschmackes wurde mit etwas Saccharin versüßt.

Am ersten Tag wurde dieser Larosantee gegeben, je nach dem Alter in entsprechender Menge und Häufigkeit, meist betrug aber die Tagesportion unter einem Liter. Bei der letzten Mahlzeit des ersten Tages, bei ganz schweren Fällen erst am zweiten Tage, wurde Larosanschleim verabreicht. Beides vertrugen die Kinder in allen Fällen gut und tranken es ohne Widerstreben.

Der Erfolg war auffallend. Die Stühle verloren den sauren Geruch, wurden kalkig und seifig. Schon am ersten und zweiten Tag fanden Gewichtszunahmen von 10—20 g, wohl hervorgerufen durch erhöhte Wasserretention, statt. In überaus kurzer Zeit, meist am zweiten Tage, wurden die Kinder für Larosanmilch tolerant, und es konnten damit bald genügende Kalorien zugeführt werden. Das Gewicht blieb am dritten bis fünften Tage stehen, zeigte aber von da an eine konstante Steigerung.

Alle Fälle nahmen unter der angegebenen Therapie mit Larosan einen günstigen Verlauf. Sollten weitere Beobachtungen zu gleich günstigen Resultaten führen, so wäre in dem Larosan auch für die schwersten Ernährungsstörungen ein erfolgversprechendes Mittel gegeben. Grätzer.

Dreuw (Berlin), Das Anfangsstadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq). (D. m. W. 1913 Nr. 45.) Nachdem, ebenso wie im Auslande so auch in Deutschland, die Alopecia atrophicans häufiger zu sein scheint, als man bisher angenommen, glaubt Verf., ist es an der Zeit, daß auch der praktische Arzt nicht nur in der Privatpraxis, sondern auch in Schulen dieser Haarerkrankung sein Augenmerk zuwendet, zumal eine Reihe von Beobachtungen darauf hinweisen, daß diese und ähnliche Erkrankungen in Schulen und Kasernen ein epidemieartiges Auftreten zeigen können. Ist dies der Fall, dann haben auch die Behörden die Pflicht, durch die Schul- und Militärärzte dieser Alopecia atrophicans ihre Aufmerksamkeit zu schenken, ebenso wie der Mikrosporie und Trichophytie.

Verf. hatte im Jahre 1910 Gelegenheit, bei über 200 Schulknaben die Anfänge dieser Alopecieform in einer solchen Häufigkeit, ja man kann sagen, epidemieartigem Auftreten zu sehen, daß die Forderung Lassars, nicht nur der Zahnarzt, sondern auch der Haararzt solle den Schulen seine Aufmerksamkeit widmen, ihm vollauf berechtigt erscheint. Das Gebiet der Haarerkrankungen ist so umschrieben, die Diagnose stößt auf zum Teil so große Schwierigkeiten, daß von Zeit zu Zeit die Schulen von geübten Ärzten auf ansteckende und nicht ansteckende Haarerkrankungen untersucht werden müßten, zumal die Diagnose meist nur auf kulturellem und mikroskopischem Wege gestellt werden kann. Es würden sich bei einer systematischen Durchsuchung der Schulen, speziell in der Großstadt, Resultate ergeben, die man vielleicht nicht erwartet.

Bei dem Thema, das Verf. sich gestellt, interessiert nun besonders die Alopecia atrophicans und die von ihm sogenannte Alopecia parvimaculata, die er als das Anfangsstadium der entstellenden Alopecia atrophicans ansieht. Infolge der scheußlichen, dauernden, weil unheilbaren Entstellungen ist der Kampf gegen diese Erkrankung nur

dann aussichtsvoll, wenn man eben das Anfangsstadium in Behandlung bekommt.

Die Alopecia parvimaculata tritt entweder einzeln oder an mehreren Stellen des behaarten Kopfes als die nicht atrophische Form (Alopecia parvimaculata non atrophicans) oder als die atrophische Form (Alopecia parvimaculata atrophicans) auf, und zwar entweder isoliert (Alopecia p. solitaris) oder aber an vielen Stellen konfluierend (Alopecia p. conglomerata). Es handelt sich in diesem Falle um die von Brocq als Alopecia atrophicans bezeichnete Form. Die vom Verf. in den Monatsheften für praktische Dermatologie Bd. 51 beschriebenen Fälle betrafen zunächst 101 Schulknaben aus einigen Gemeindeschulen Berlins, die alle an einem charakteristischen Haarausfall erkrankt waren. Die Anzahl der erkrankten Knaben stieg schließlich auf über 200. Die Erkrankung trat auf dem ganzen Kopf, sowohl Vorder- als Hinterkopf, und an dessen Seite auf. Folgende Charakteristika waren bemerkenswert: kleine, erbsengroße, bis höchstens 3 bis 4 cm lange, weiße oder grauweiße, im Anfangsstadium hirsekorngroße, rundliche, im späteren Stadium mehr spindelförmige, dreieckige, vier- und fünfeckige haarlose Flecke mi abgerundeten Ecken. Die Abgrenzung gegen die behaarte Umgebung ist nicht so scharf wie bei der Alopecia areata. In der Mitte des Herdes sind Haarstümpfe, zum Teil als schwarze, die weiße Ebene kaum überragende Punkte noch zu sehen, zum Teil sind die Haarstümpfe vollständig geschwunden.

Zieht man das Haar der Umgebung mit einer Pinzette aus, so sieht man in der Regel, wie bei der A. atrophicans, eine dasselbe umgebende, weißlich-graue Scheide, die namentlich gegen die Haarspitze zu scharf und rechtwinklig abgegrenzt ist. Entzündungserscheinungen der umgebenden Haut fehlen vollständig. Die Krankheit befällt Kinder im Alter von 5—14 Jahren, namentlich Knaben. Bei Mädchen hat Verf. sie nicht beobachten können. Die Alopecia beginnt mit einem kleinen, hirsekorngroßen, kahlen Fleck von rundlicher, ovaler oder auch spindelförmiger Gestalt. Hier und da sind einige fest anhaftende Schuppen vorhanden. Eine totale, den ganzen Kopf betreffende Alopecie wurde nicht beobachtet. Hauterkrankungen fehlten vollständig. Jucken war kaum vorhanden, soweit man bei Kindern eine objektive Untersuchung nach dieser Richtung anstellen kann. Die Haare der Umgebung sind leicht gelichtet, so daß die Umgrenzung des Herdes wie angenagt und gerupft aussieht. Manchmal befinden sich auch in der Mitte des Herdes noch Reste von Haaren.

Die von mir angestellten mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen ergaben, daß sowohl innerhalb des Haares als auch außerhalb desselben weder Myzel, noch Sporen anzutreffen waren. Mikrosporie und Trichophytie war nach dem mikroskopischen und bakteriologischen Befund ohne weiteres auszuschließen. Es mußte sich also um eine epidemisch auftretende Haarerkrankung handeln, die der Alopecia areata ähnlich, wenn auch nicht identisch mit ihr ist. Denn sowohl das seltene Nichtkonfluieren als die wenig scharfe Begrenzung in der nicht runden, sondern mehr rundeckigen Umgebung, ferner auch die relative Kleinheit der Flecke und die mehr weiße Farbe

und die weißen Schichten an den ausgezogenen Haaren unterschieden diese Erkrankung von der Alopecia areata. In Hinblick auf die kleinfleckige Anordnung hat Verf. die Erkrankung Alopecia parvimaculata benannt. Spätere Untersuchungen, namentlich von Prof. Joseph (Berlin), haben nun ergeben, daß es sich bei der Alopecia parvimaculata tatsächlich um das Anfangsstadium eines unheilbaren Prozesses, der sogenannten Alopecia atrophicans, handelt, die zu ihrer Entwicklung viele Jahre gebraucht und in ihrem Endstadium die schreckliche, unheilbare Zerstörung des Haarbodens bedingt. Von dieser in Frankreich häufiger vorkommenden Erkrankung, die auch schon epidemisch aufgetreten ist, hat Verf. allein 17 Fälle konstatieren können, teils in den Schulen, teils in der Privatpraxis.

Es ist klar, daß das Erkennen und die zweckentsprechende Behandlung gerade dieser, mit kleinen Flecken beginnenden Krankheit besondere Schwierigkeiten macht und daß leicht selbst beim kundigen Arzt Verwechslungen vorkommen können. Nur sachverständige kulturelle und mikroskopische Exklusionsdiagnose führt hier zum Ziel.

Selbstverständlich muß jede chronische, über viele Jahre und Jahrzehnte sich erstreckende Erkrankung einmal einen Anfang haben, daher wird auch das Auftreten hauptsächlich bei Schülern beobachtet. Wenn man bisher auf dieses Anfangsstadium nicht geachtet hat, so vielleicht deswegen, weil man nur einzelne Fälle zu sehen bekam, die angesichts der Kleinheit der kahlen Stellen als eine Quantité négligable betrachtet wurden. Ein so großes Material von über 200 Erkrankungen aber, wie es Verf. im Juni—Juli 1910 zur Verfügung stand, ist kaum jemals vorher beobachtet worden. Und gerade die Häufigkeit der atrophischen Erkrankungen in einigen Teilen des Nordens von Berlin war es, die angesichts der Übergänge in Verf. den Gedanken an einen Zusammenhang mit der bis jetzt bei 8 Schulknaben konstatierten Alopecia atrophicans aufkommen ließ.

Während es bei einem so gehäuften Auftreten ein und derselben Erkrankung nicht zweifelhaft sein kann, daß wir es bei der Alopecia parvimaculata mit einer ansteckenden Haarerkrankung zu tun haben, erkennen sowohl Lesser als auch Joseph, der auch bei der Alopecia areata trotz der zweifellos beobachteten Epidemien eine Infektiosität der Alopecia areata bestreitet, sondern diese auf neuropathische Ursachen zurückführt, auch bei der Alopecia parvimaculata eine Ansteckungsfähigkeit nicht an. Nun kann die Tatsache, daß man bei der Alopecia atrophicans oder bei anderen häufig auftretenden Haarerkrankungen keinen Erreger findet, nicht stichhaltig sein. Denn wir wußten auch von der Tuberkulose, der Syphilis, dem Typhus, der Mikrosporie, der Trichophytie usw., daß sie ansteckend waren, bevor ein Erreger gefunden war.

Was nun die Therapie betrifft, so ist diese im bereits atrophischen Stadium aussichtslos. Bei völlig ausgeprägter Alopecia atrophicans empfiehlt Verf. die Entfernung auch der noch übriggebliebenen Haare mittels Röntgenstrahlen, da der Anblick eines völlig kahlen Kopfes, mit einer Perücke bedeckt, nicht so entstellend ist wie der zerzupft und zerzaust aussehende Haarboden bei Alopecia atrophicans. Anderseits läßt sich dann eine Perücke bequemer und sauberer tragen.

Verf. hat auch nicht einen einzigen Fall dieser Art zur Heilung bringen können. Die Krankheit ist jedoch in nicht atrophischem Anfangsstadium heilbar. Insofern ist die Entdeckung des Anfangsstadiums der Alopecia atrophicans von einer großen, nicht zu unterschätzenden therapeutischen Bedeutung.

Anstatt der scharfen Behandlung mit Chrysarobin, Karbolsäure usw. empfiehlt sich eine mehr mittelscharfe Behandlung, und zwar verwendet Verf. interne und äußere Maßnahmen:

a) Interne. 1. Subkutan; 2. intern per os. — b) Äußere. 1. Physikalisch; 2. medikamentös.

Intern gibt Verf. 2—4 mal wöchentlich eine Injektion von Arsen-Sanokalzin oder 2—3 mal täglich 1 oder 1/2 Eisen-Arsen-Fermentintablette.

Physikalisch kommen in Frage neben Hochfrequenzstrom und Röntgen- und Quarzlampe hauptsächlich Sinusoidalstrom (täglich oder alle zwei Tage eine Applikation). Man verschiebt den Rheostaten so weit, bis Flimmern vor den Augen auftritt. Dann gehe man mit dem Rheostaten soweit zurück, bis das Flimmern eben aufhört. Die Dauer ist etwa 5 bis 10 Minuten.

Von chemischen Mitteln verwendet Verf. folgende:

1. Betupfen der kahlen Stellen ein- oder zweimal am Tage mit

Ol. rusci	20,0	(ev. auch Liq. carbon. deterg.)
β-Naphthol	4,0	
Acid. salicyl.	4,0	
Resorcin	4,0	
Spirit. vin. ad	200,0	

2. Zweimal wöchentlich Kopfwaschen mit Salizyl-Schwefel-Fermentinseife.

3. Abends vor dem Zubettgehen Einsalben der kahlen Stellen mit

Acid. salicyl.	2,0	
Sulf. praecipitat.	10,0	(oder Pyrogallol 1,0)
Resorcin	2,0	
Adip. lan. anhydric. ad	100,0	

Statt Adip. lan. anhydric. empfiehlt sich Adhäsol als Grundlage, da dieses ohne Verband leicht festhaftet. Über die Adhäsolsalbe wird etwas Watte oder Guttaperchapapier getupft, und ein festsitzender Verband ist fertig.

Mit dieser Therapie, die hier und da noch modifiziert werden kann, erreicht man im nicht-atrophischen Stadium Heilung in allen behandelten Fällen. Grätzer.

Fritz C. R. Schulz, Erfahrungen mit dem Galle-Diphtherienährboden nach v. Drigalski und Bierast. (Aus dem Kgl. Medizinaluntersuchungsamt in Gumbinnen.) (Ebenda.) Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß der Gallenährboden nach v. Drigalski und Bierast den Diphtherienachweis weder verschärft noch daß er in erhöhtem Maße für den Diphtheriebazillus elektive Eigenschaften aufweist. Grätzer.

C. Benda (Berlin), Fall von Pseudohermaphroditismus feminismus externus (Pseudarrhenie). (B. kl. W. 1914 Nr. 2.) Präparat eines 2 monatigen Kindes mit männlichem Vornamen, an

dessen männlicher Eigenschaft wahrscheinlich noch keine Zweifel aufgetaucht waren, da die äußeren Genitalien keine Abnormität aufwiesen (nur im Skrotum keine Hoden). Am Penis nicht die geringste Abnormität. Bei Besichtigung der Organe des kleinen Beckens bemerkte der Obduzent hinter der Blase einen vollständigen inneren weiblichen Geschlechtsapparat, Tuben, Uterus, Vagina. Außerdem bestand enorme Hyperplasie der Nebennieren: echte glanduläre Wucherung des Parenchyms, eine Struma suprarenalis, mit ausschließlicher Beteiligung des Rindengewebes. Da dieser Befund bei allen höheren Graden dieser „Pseudarrhenie" erhoben wurde, liegt kein zufälliges Zusammentreffen vor, sondern ist der Nebennierenveränderung für die Genitalmißbildung eine erhebliche kausale Bedeutung zuzuschreiben. Grätzer.

A. Cederberg (Helsingfors), Zur Theorie des Scharlachs. (Ebenda.) Verf. scheint es natürlich, anzunehmen, daß das Auftreten der postskarlatinösen Erkrankungen mit einem plötzlichen Auftreten der Antikörper in der Blutbahn zu der kritischen Zeit der postskarlatinösen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht werden muß, denn wenn Escherich und Schick — wie sie das tun — das Auftreten der „Ergine" in der Zirkulation in eine frühere Zeit verlegen, kann die Genese der postskarlatinösen Erkrankungen kaum anders erklärt werden, als durch Annahme einer Autoreinfektion im Sinne von Escherich und Schick.

Es ist wahr, daß die Antikörperbildung bei Behandlung der Versuchstiere mit den uns zu Gebote stehenden Antigenen in der Regel früher — als der jetzt angenommene Zeittermin angibt — einsetzt. Diese Tatsache kann aber keineswegs als ein Argument gegen die von Verf. vertretene Auffassung verwertet werden. Wir kennen nicht das spezifische Virus, folglich auch nicht die Gesetze seiner antigenen Funktionen.

Jedenfalls müssen wir im Auge behalten, daß mit größter Wahrscheinlichkeit bei der Scharlacherkrankung die infizierenden Virusquantitäten ziemlich klein sind oder wenigstens sein können, und wir wissen, daß bis zu einer gewissen Grenze die Latenzperiode bei der Antikörperbildung eine Funktion von dem quantitativen Verhalten des Antigens ist. Dort, wo die infizierenden Virusmengen größer sind — z. B. bei direkter Kontaktinfektion —, kann die Antikörperbildung früher einsetzen und folglich auch früher Anlaß zur Entstehung der postskarlatinösen Erkrankungen geben, eine Annahme, welche in gar keinem Widerspruch mit unseren klinischen Erfahrungen steht.

Die oben angeführte Ansicht erklärt ohne weiteres auch einige klinische Tatsachen, die uns bezüglich der postskarlatinösen Erkrankungen schon lange bekannt sind. So z. B. das plötzliche, attackenweise Auftreten der verschiedenen postskarlatinösen Erkrankungen. Wir wissen ja auch, daß die Antikörper in der Regel nicht allmählich in zunehmender Quantität, sondern attackenweise, kritisch haufenweise sozusagen in der Blutbahn erscheinen. Die Koinzidenz beider Erscheinungen ist ins Auge fallend.

Nach dieser Auffassung ist die Virusinfektion bis zum Auftreten der spezifischen Antikörper generalisiert; die spezifischen Keime kreisen z. T. in der Blutbahn; der Organismus versucht aber, durch die zu Gebote stehenden Mittel sich von dem fremden Virus zu befreien. Diese verteidigende Tätigkeit des Organismus — dem schließlich verschiedene Mechanismen zur Verfügung stehen — kann in individuell variierenden Fällen verschieden weit fortgeschritten sein und deshalb schon vor dem Auftreten der Antikörper vollzogen sein, wobei es natürlich nicht zur Entstehung der postskarlatinösen Erkrankungen kommt. Wir stellen uns vor, daß die Ausscheidung der Keime des Scharlachs hauptsächlich durch die Nieren geschieht, und folglich muß das Nierengewebe zu jeder Zeit — natürlich nur innerhalb gewisser Zeittermine, ganz besonders aber dann, wenn die Keime in den übrigen Organen schon verschwunden sind — von denselben überschwemmt sein.

Wenn jetzt eine Antikörperbildung kritisch einsetzt, wird durch die in loco entstehende Giftbildung eine schwere toxische Schädigung der Nieren bewirkt; daher die schwere postskarlatinöse toxische Nephritis. Die rätselhafte Tatsache des heimtückischen Auftretens der postskarlatinösen Nephritis findet dadurch ihre ganz natürliche Erklärung.

Ebenso, wenn in Lymphdrüsen noch, entweder als Reste der Passage des Scharlachvirus aus dem Primäraffekt oder direkt durch hämatogene Zufuhr, Scharlachkeime restieren, wird durch das Einsetzen der Antikörperbildung und die Überschwemmung des ganzen Organismus mit diesen Keimen eine schwere toxische Schädigung des betreffenden Lymphdrüsenapparats bewirkt; davon die mit Fieber einhergehende postskarlatinöse Lymphadenitis. Auch der Mechanismus der postskarlatinösen Hauteruptionen muß auf dieselbe Weise erklärt werden. In diesem Falle würde also das postskarlatinöse Erythem in seinem Wesen als ein allergisches Exanthem aufzufassen und demgemäß mit dem morbillösen Exanthem zu analogisieren sein.

Bei dieser Gelegenheit ist man aber berechtigt, zu fragen, warum nicht bei jeder postskarlatinösen Nachkrankheit ein Hautausschlag zu beobachten ist. Wenn wir einmal im Sinne von Escherich und Schick eine Autoreinfektion des Organismus, also eine neuerliche Überschwemmung des Körpers mit dem Scharlachvirus annehmen, so ist es unverständlich, warum es nicht bei jeder Scharlacherkrankung, welche von Nachkrankheiten begleitet ist, zu einer Hauteruption kommt. Wir müssen jedoch annehmen, daß die spezifischen Keime bei dieser supponierten Autoreinfektion auch in die Haut gelangen, wegen der noch restierenden Hyperämie vielleicht in noch größeren Quantitäten als unter normalen Zirkulationsverhältnissen. Trotzdem kommt es aber relativ selten zur Bildung einer Hauteruption. Diese erklären wir dadurch, daß es in diesen Fällen nicht mehr zirkulierende Keime gibt, sondern daß dieselben in einzelnen Organen stehen geblieben oder schon vollkommen vom Organismus ausgeschieden sind.

Die oben angeführte Ansicht über den Mechanismus des Scharlachs und dessen Nachkrankheiten wird verstärkt durch verschiedenerlei klinische Erfahrungen. Verf. möchte hierbei die Bedeutung der Rezidive für die Theorie des Scharlachs noch mit einigen Worten besprechen.

Daß Rezidive nach überstandener Scharlacherkrankung nach verschiedenen Zeitterminen auftreten können, ist eine klinisch festgestellte Tatsache. Von größtem Interesse ist aber die Beobachtung, daß auch diese Rezidive von den üblen Folgen der Nachkrankheiten begleitet sein können, dies nicht nur innerhalb einer Zeit, wo die Nachkrankheiten sich bei erstmaliger Erkrankung einstellen, sondern auch zu einer Zeit, wo bei der erstmaligen Erkrankung fast nie Nachkrankheiten beobachtet werden, also z. B. einige Tage nach dem Eintreten der ersten Symptome der zweiten Erkrankung.

Diese interessanten Beobachtungen können und müssen entweder als eine „sofortige" oder als eine „beschleunigte" Reaktion im Sinne von v. Pirquet und Schick aufgefaßt werden, doch muß man hierbei bedenken, daß natürlich eine gewisse Zeit verstreicht, bevor die Infektion über Lymphwege zu einer Generalisierung gekommen ist und also die Gelegenheit zu einer allergischen, von toxischen Folgen begleiteten Reaktion gegeben ist. Auch ist es hierbei schwer zu entscheiden, welche Rolle der primären Intoxikation und welche der allergischen Reaktion an und für sich zuzuschreiben ist.

Was ganz besonders die Fälle betrifft, wo die Nachkrankheiten beim Rezidiv sich erst nach dem auch bei der Ersterkrankung zu beobachtenden Intervall, also 19—24 Tage nach dem Eintritt der ersten Symptome, einstellen, ist deren theoretische Deutung schwierig, wenn man nicht eine biologische Heterogenität der Virusarten beider Erkrankungen, also der ersten und der zweiten Erkrankung, annehmen will.

Gesetzt, daß die obige Anschauung über den Mechanismus der Scharlacherkrankung richtig ist, ergeben sich daraus vielversprechende Schlußfolgerungen ganz besonders für die Therapie.

Wir wissen, daß ein antianaphylaktischer (anallergischer) Organismus oft eine gesteigerte unspezifische Resistenz gegenüber einer neuerlichen Auslösung des anaphylaktischen Shocks mit einem anderweitigen Eiweiß zeigt. Man könnte sich deshalb denken, daß ein scharlachkranker Organismus, der in den Zustand der Antianaphylaxie versetzt worden ist, dadurch gegen die akut einsetzende Anaphylaxie der skarlatinösen Nachkrankheiten geschützt sein könnte.

In der Tat haben nun verschiedene klinische Erfahrungen gezeigt, daß der Verlauf des Scharlachs durch Einspritzung von Diphtherieheilserum bedeutend „mitigiert" werden kann. Diese Tatsache möchte ich eben in dem obigen Sinne deuten. Ein Ziel der zukünftigen Therapie muß es deshalb sein, zu versuchen, durch eine unspezifische Serumtherapie einen gewissen Schutz gegen das überaus heimtückische Auftreten der postskarlatinösen Erkrankungen zu gewinnen.

Grätzer.

J. Lewy, Modifizierter Heftpflastergipsverband bei der Klumpfußbehandlung. (Aus dem orthopädischen Institut der Universität Freiburg i. Br.) (M. m. W. 1913 Nr. 23.) Wer vielfach Gelegenheit zur Behandlung angeborener Klumpfüße hat, wird immer einmal wieder auf einen Fall stoßen, bei welchem der übliche redressierende Gipsverband, auch der mit Heftpflasterstreifen kombinierte

Verband, seinen Zweck nicht recht erfüllt, weil er sich vorzeitig lockert und abgestreift wird. Die Kinder verstehen es mit einer oft überraschenden Geschicklichkeit, sich allmählich der Fessel des redressierenden Verbandes zu entledigen, indem sie nach und nach die Füße aus dem Verbande nach oben zurückziehen.

Untersucht man die Fälle, bei denen sich Schwierigkeiten ergeben, genauer, so findet man, daß es sich meist um sehr lebhafte, willensstarke Kinder handelt, die mit großer Ausdauer an ihrer Befreiung aus dem Verbande arbeiten, und daß bei ihnen das Fersenbein auffallend klein ist.

Das Abstreifen des Verbandes ließe sich verhüten, wenn man das Knie in den Verband einbezöge. Allein ein derartiger Verband würde nicht nur unnötigerweise das Kind belästigen, er wäre auch schwer sauber zu halten und bei der längerdauernden Ruhigstellung des Beines für die Muskulatur und insbesondere das Kniegelenk nicht gleichgültig.

Da die vor der Eingipsung vorgenommene Fixierung des Fußes in redressierter Stellung durch Heftpflasterstreifen an sich ebenfalls nicht zur hinreichenden Sicherung des Verbandes genügt, hat Verf. folgende Modifikation versucht und bewährt gefunden:

Nach Entfettung der Haut durch Äther wird ein 1—2 cm breiter Streifen Leukoplast, in der Mitte des Fußrückens beginnend, über Innenrand, Sohlenfläche, Außenrand des in redressierter Stellung gehaltenen Fußes hinweg an der Außenseite des Unterschenkels bis in die Nähe des Kniegelenkspaltes hinauf geführt und durch Querstreifen am Unterschenkel befestigt. Der Längsstreifen soll so lang gewählt werden, daß er das Knie noch um etwa Unterschenkellänge überragt. Am Außenrande des Fußes, wo die Weichteile den stärksten Druck auszuhalten haben, unterpolstert man den Heftpflasterstreifen zweckmäßig mit einem Stück Molton.

Nun wird über einem Trikotschlauch der bei den Grundgelenken der Zehen beginnende und bis zum Knie reichende Gipsverband angelegt. Bevor die letzten Touren umgewickelt werden, wird der das Knie überragende Teil des Heftpflasterstreifens nach unten umgeschlagen und so in den Gipsverband mit eingegipst. Der Längsstreifen bildet alsdann ein Ω, dessen innerer Schenkel dem Unterschenkel fest anliegt, während der Außenschenkel mit der Gipshülse vereint ist.

Eine Trennung von Unterschenkel und Gipshülse ist unter diesen Verhältnissen nur möglich, wenn sich der Heftpflasterstreifen von der Haut löst. Das kann man im allgemeinen durch gute Fixierung besonders an der Umschlagstelle verhindern. Aber auch der Versuch, den Unterschenkel aus dem Verbande zu ziehen, wird den Kindern dadurch verleidet, daß bei dieser Bewegung gleichzeitig an dem Heftpflaster gezerrt und ein gewisser Schmerz erzeugt wird, der die kleinen Patienten davon abhält, ihre Befreiungsgelüste zu forzieren.

Die beschriebene Modifikation des Verbandes hat sich für die in Rede stehenden besonderen Ausnahmefälle gut bewährt. Legte man bei Patienten, die sich erfahrungsgemäß aus den gewöhnlichen Verbänden in wenigen Tagen befreit hatten, experimenti causa an einem Fuß den bis dahin üblichen, am anderen den modifizierten Verband an, so war ersterer in wenigen Tagen abgestreift, während letzterer wochenlang in seiner Stellung blieb. Verf. kann daher den kleinen technischen Kunstgriff zur weiteren Anwendung empfehlen. Zu achten ist darauf, daß man den Heftpflasterstreifen an seiner Umbiegungsstelle nicht etwa mit durchschneidet, wenn man den Rand des Verbandes in der Kniekehle ausschneidet, um eine freie Beweglichkeit des Kniegelenkes zu sichern. Grätzer.

G. Hohmann (München), Meine Erfahrungen mit der Stoffelschen Operation bei spastischen Lähmungen. (M. m. W. 1913 Nr. 25.) Verf. hat zweimal am N. tibialis in der Kniekehle wegen spastischen Spitzfußes, einmal am Tibialis hinter dem Malleolus internus wegen Hohlfuß, zweimal am Medianus oberhalb der Ellenbeuge wegen Flexionspronationskontraktur der Hand, einmal am Medianus oberhalb des Handgelenkes wegen Daumenflexionskontraktur, zweimal am Obturatorius wegen Adduktionskontraktur der Hüftgelenke operiert. Die Eingriffe an Tibialis und Medianus betrafen Fälle von zerebraler Hemiplegie des Kindesalters, die am Obturatorius erfolgten bei Littlescher Gliederstarre. Die Resultate sind bis jetzt durchweg gute. Es gelang, die Spitzfußstellung zu beseitigen, ohne daß bei der Operation oder nachher eine Tetonomie der Achillessehne notwendig wurde. Durch den Eingriff am Tibialis hinter dem Malleolus internus gelang es, die spastische Hohlfußbildung, infolge deren es zu einem schmerzenden „Ballen" am 1. Metatarsophalangealgelenk gekommen war, zu bessern, so daß Patientin schmerzfrei geht. Die Handkontrakturen wurden beseitigt. Während vorher die Hände wegen der bei intendierten Bewegungen sofort eintretenden Krämpfe in den Beugemuskeln der Hand und Finger unbrauchbar waren, sind sie jetzt für allerlei Hantierung zu benutzen, eine Patientin ist jetzt als Blumenbinderin tätig, vermag also die schwierige Arbeit des Erfassens und Haltens feiner Gegenstände zu leisten. Ihre Hand, die vorher, wenn sie etwas erfaßt hatte, durch den eingetretenen Krampf den Gegenstand willkürlich nicht mehr loslassen und auch passiv nur mit Mühe geöffnet werden konnte, war sofort nach der Operation weich und ließ sich aktiv öffnen und schließen, jeder Muskelkrampf war aufgehoben, die vorher in die Hohlhand fest eingeschlagenen Daumen ließen sich frei abduzieren und strecken. Ferner war die Pronationskontraktur der Vorderarme, die in einem Falle recht erheblich ausgeprägt war, alsbald beseitigt, der Vorderarm kann jetzt aktiv weit supiniert werden. Die Spasmen der Adduktoren der Oberschenkel, die namentlich beim Gehen auftraten, wurden beseitigt, der Gang ist leichter und freier, die Knie schleifen nicht mehr aneinander.

Sämtliche Fälle waren schon vorher von anderer Seite teils mit Tenotomie, teils mit Sehnenraffung, teils mit Sehnenverpflanzung behandelt worden, in allen war teils nach anfänglicher Besserung ein Rezidiv eingetreten, teils, wie bei der einen Handkontraktur, wo zur Stärkung der Antagonisten eine Raffung der Extensorensehnen des Vorderarmes ausgeführt wurde, war nach der Operation sogar nicht die mindeste Änderung des Zustandes eingetreten. Der Spitzfuß war vorher schon 3 mal tenotomiert worden, und jedesmal war es zum Rezidiv gekommen. Dies spricht gewiß nicht zugunsten der alten Methoden. Und wer Erfahrung mit der Behandlung namentlich von Littlefällen hat, wird die Beispiele von Rezidiven der Spitzfüße usw. nach Tenotomien leicht vermehren können.

Zweimal hat Verf. neuralgiforme Schmerzen, einmal 5—6 Tage, einmal 2 Wochen nach der Operation in der operierten Extremität beobachtet, die aber nach einigen Tagen allmählich wieder vergingen. Ob es sich um Nervenstumpfschmerzen oder um Neuralgien handelt,

wie sie bei Spastikern bisweilen beobachtet werden, hier unter der Wirkung des Eingriffes, vermag Verf. nicht zu sagen. Stoffel hat diese Schmerzen bisher noch nicht beobachtet.

Wie Stoffel möchte auch Verf. aus seiner Erfahrung nachdrücklichst betonen, die Heilung der Wunden gut abzuwarten, die Nähte nicht zu früh zu entfernen und nicht zu bald mit dem Abbiegen der Gelenke zu beginnen, da die Heilungsdauer bei spastischen Lähmungen offenbar infolge der Irritierung durch athetotische Bewegungen etwas länger ist als sonst, im Durchschnitt 2—$2^1/_2$ Wochen. Es erschwert und verzögert sonst die Nachbehandlung in unangenehmer Weise, wenn die Wundränder auseinanderweichen und sich nur langsam durch Granulation mit Hinterlassung keloider Narben schließen.

Geeignet zur Operation sind vor allem die Littlefälle, die spastischen Halbseitenlähmungen der Kinder (zerebrale Hemiplegie) der verschiedensten Ätiologie, auch spastische Kontrakturen nach Apoplexien Erwachsener können mit dieser Methode beseitigt werden.

Ungeeignet sind die Fälle, die mit starken choreatischen Bewegungen verbunden sind, Hydrozephalus, Idiotie. Bei den Formen, bei denen neben den Spasmen wirkliche Lähmung von Muskeln besteht, ist von der Operation ein nicht zu großer Effekt zu erwarten, diese Fälle dürften sich mehr für die nach den neuen Stoffelschen Grundsätzen zu gestaltende Nervenplastik eignen.

Freilich ist die Zeit zur endgültigen, abschließenden Beurteilung der ganzen Frage noch zu kurz. Aber das Eine steht fest, daß es uns gelingt, in Fällen von Krampflähmungen der Glieder, in denen die bisherigen Methoden versagt haben, so wesentliche Besserung der Funktion zu bringen, daß es sich wohl lohnt, dieser Methode die größte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Vor der Försterschen Resektion hinterer Wurzeln, die ja ebenfalls für spastische Kontrakturen empfohlen und angewendet wird, hat die Stoffelsche Operation vor allem den großen Vorzug der Ungefährlichkeit, während bei jenem Eingriffe doch immerhin eine erhebliche Lebensgefahr durch sekundäre Infektion des Rückenmarkes besteht. Nach den bisher vorliegenden Ergebnissen hat Verf. die Hoffnung, daß die Stoffelsche Operation einmal als ein sehr nennenswerter Fortschritt in der Nervenchirurgie angesehen wird. Grätzer.

O. Reinach (München), Die Errichtung von Säuglingspflegematerial- und Wäschedepots im Anschluß an die bestehenden Säuglingsfürsorgeeinrichtungen oder als eigene Institutionen. (Ebenda.) Verf. hält es auf Grund praktischer Beobachtungen für notwendig, eine weitere Verbesserung der Pflege des Säuglings anzubahnen dadurch, daß man der Belehrung hinzufügt die dauernde systematische Unterstützung mit Wäsche und anderem Pflegematerial.

Wie diese erfolgen soll, setzt Verf. im einzelnen genau auseinander. Grätzer.

Wilhelm Gölz, Über den Wert der Symptome bei Bronchialdrüsentuberkulose. (Aus der Medizinischen Universitätspoliklinik in Tübingen.) (M. Kl. 1914 Nr. 5.) In den Monaten Januar bis Juli 1913 kamen 68 Erkrankungen zur Beobachtung, bei denen in Berück-

sichtigung sämtlicher Befunde die Diagnose Bronchialdrüsentuberkulose gestellt wurde. Zweifelhaft gebliebene, vielleicht hierher gehörige Affektionen sind hier weggelassen. Es handelte sich meistens um Kinder zwischen fünf bis zwölf Lebensjahren. Unterhalb fünf Jahren liegen nur sieben vor, über zwölf Jahre sind es 19 Kinder. Die Untersuchungen wurden stets besonders eingehend durchgeführt, und die erhobenen Befunde wurden ausnahmslos von verschiedenen Ärzten kontrolliert. Fast sämtliche Fälle sind von Prof. Naegeli auch persönlich untersucht wurden. Eine sehr erhebliche Zahl kam zur wiederholten Untersuchung. Im Distrikt der Poliklinik befanden sich 26 Erkrankungen dieser Art, über die dann fortlaufende Beobachtungen angelegt wurden. Von allen 68 sind nur zehn nicht auch radiologisch untersucht worden. Freilich handelte es sich dabei fast immer um Durchleuchtung und nur ausnahmsweise um Herstellung eines Röntgenbildes.

1. Anamnestisch wichtig war uns der häufige Nachweis von hereditärer oder familiärer Tuberkulosebelastung. Es ist aber selbstverständlich, daß eine noch so ausgesprochene Belastung durch Tuberkulose der Angehörigen für uns niemals ein Grund sein kann, im speziellen Falle nun Bronchialdrüsentuberkulose zu diagnostizieren. Eine solche Diagnose muß stets auf einem positiven Lokalbefunde begründet sein.

2. Von den Symptomen wären zuerst diejenigen zu besprechen, die das Allgemeinbefinden beeinflussen. Die Eltern der Kinder kommen zu uns mit der Angabe, das Kind gedeihe nicht recht, sehe blaß aus oder wechsle häufig die Farbe, sei insbesondere auch mager geworden. Im Vordergrunde steht häufig ein großer Appetitmangel. Husten kann vorhanden sein oder vollkommen fehlen. Hustet das Kind, so ist es entweder ein feuchter Husten mit Auswurf, wie er einer Bronchitis entspricht, wenn diese auch nicht immer auskultatorisch nachzuweisen ist, oder es ist ein trockener Husten ohne Auswurf. Der trockene Husten besteht aus einzelnen rauhen Hustenstößen, die einzeln oder in mehreren Stößen hintereinander erfolgen können. Ein wirklich krampfartiger Reizhusten, der in der Literatur als eine Druckwirkung auf die tussigene Zone der Trachealgabelung erklärt wird, wurde uns nur in zwei Fällen angegeben. Auch konnten wir nie denselben durch Schluckenlassen bei zurückgebogenem Kopf auslösen. Das Symptom des Reizhustens ist also zweifellos ein recht seltenes, mitunter freilich ein sehr wichtiges.

3. Der Fiebertypus ist nicht sehr charakteristisch. Den größten Teil der Kinder fanden wir bei der Untersuchung frei von Fieber, ein Teil hatte leicht erhöhte Temperaturen (38° per rectum), die, soweit wir die Kinder im Privathause beobachten konnten, bei Bettruhe bald wieder verschwanden. Von vielen Kindern wurde berichtet, sie fühlen sich nachts öfter sehr heiß an, einige hatten in größeren Zeitabschnitten stärkere Fieberanfälle (38,5 bis 39,5°) mit Kopfweh, Appetitlosigkeit und sonstigen Störungen des Allgemeinbefindens, ohne daß eine andere Ursache für die Erkrankung vom Arzt beziehungsweise von uns, wenn wir selbst gerufen wurden, gefunden wurde. Am folgenden Tage oder nach einigen wenigen Tagen fühlten

sich die Kinder wieder ganz wohl und waren fieberlos. Bei einzelnen Kindern konnten wir längere Perioden von starken Temperaturschwankungen beobachten, die als eine tuberkulotoxische Wirkung aufzufassen waren.

Derartige langandauernde Fieber, für die sich bei eingehendsten Untersuchungen keine andere Ursache entdecken läßt, gehören zu den sichersten Anzeichen von Bronchialdrüsentuberkulose.

4. An 43 Kindern waren Zeichen der Skrofulose nachzuweisen: Ekzeme, Phlyktaenen, Drüsen und Fisteln. Die Drüsen fanden wir in 42 Fällen, und zwar in verschiedener Anzahl, Größe und Anordnung, einigemal fehlten sie fast vollständig. Die Halsdrüsen waren die häufigsten, Drüsen in anderen Regionen waren seltene Befunde. Doch ist schon in der Einleitung darauf hingewiesen, wie kritisch gerade die Schwellung der Halsdrüsen beurteilt werden muß. Die spezifisch tuberkulöse Erkrankung der Drüsen war in einigen Fällen durch die Anwesenheit von Fistelgängen oder Fistelnarben erwiesen.

5. Unter den durch die Erkrankung der Bronchialdrüsen selbst hervorgerufenen diagnostisch verwertbaren Veränderungen sind von den eigentlichen Symptomen über den Lungen indirekte Fernsymptome abzugrenzen. Letztere werden durch Druck auf Nerven und Gefäße hervorgerufen. Wir haben in dem einzelnen Falle darauf geachtet, haben aber sehr selten derartige Befunde erheben können. Eine Recurrensparese, die durch Drüsendruck auf den Nerv verursacht worden wäre, konnten wir nie konstatieren. Wohl trafen wir manchmal Heiserkeit an, dieselbe mußte aber nach der laryngologischen Untersuchung auf eine Laryngitis bezogen werden. Eine sichere Beteiligung des Sympathikus fanden wir in keinem Fall. Eine Anisokorie sahen wir einmal, sie war aber nur einen Tag vorhanden. Außerdem entsprach die weitere Pupille nicht der Seite, auf der wir nach den übrigen Erscheinungen die größere Drüsenschwellung vermuteten. So war wohl diese Pupillendifferenz als rein funktionell anzusehen, wie man sie öfter beobachtet. Von den Symptomen von seiten der Gefäße war bei den Kindern nicht selten eine deutliche Venenzeichnung auf der Brust zu sehen, sie war aber nie ausgesprochen asymmetrisch auf einer Seite vorhanden. Indes ist die Haut bei diesen Kindern an sich sehr zart und läßt die Gefäße durchschimmern, so daß nur sehr ausgesprochene Erweiterungen der Hautvenen auf eine Kompression von intrathorakalen Venenstämmen schließen lassen. Alle diese Fernsymptome müssen natürlich bei der Untersuchung auf Bronchialdrüsen notiert und berücksichtigt werden. Man muß sich aber bewußt sein, daß man es dabei oft mit zufälligen Nebenbefunden zu tun hat, die man nur in den seltensten Fällen zu erwarten hat, das heißt in den Fällen, bei denen die Drüsenschwellung die Symptome eines intrathorakalen Tumors macht.

6. Über die eigentlichen physikalischen Symptome über den Lungen findet man in der Literatur die widersprechendsten Urteile. Ein Teil der Autoren legt den Hauptwert auf Veränderungen des Atemgeräuschs, ein anderer Teil mehr auf die perkutorischen Verhältnisse. Man hat auch mit diesen Erscheinungen wenig anzufangen gewußt und immer nach neuen diagnostisch verwertbaren Symptomen gesucht.



Die französische Medizin hat sich besonders mit der Diagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose befaßt. Bei Durchsicht der französischen Literatur staunt man, wie sehr wenigstens in früheren Jahren die Perkussion vernachlässigt wurde. Nach unseren Erfahrungen war es aber gerade die Perkussion, die uns nur selten im Stiche ließ. Sie brachte uns meist auf den Verdacht einer inneren Drüsenaffektion. Allerdings kann die Perkussion ohne die Auskultation nichts beweisen. Sie muß durch diese gedeutet werden. Es handelt sich bei diesen Fällen um leichte Schallverkürzungen, die man oft besser als stärkeres Resistenzgefühl mit dem Finger oder durch das Plessimeter hindurch empfindet. Als wertvolle, empfindliche Kontrolle kann die Epsteinsche direkte Fingerspitzenperkussion dienen.

Wenn man bei diesen Affektionen eine Schallabschwächung findet, so muß man sich von vornherein von der Vorstellung frei machen, als ob jede Dämpfung eine Infiltration oder eine Verdichtung des Gewebes im anatomischen Sinne bedeutete. Sie sagt nur, daß der Luftgehalt eines Lungenteils geringer geworden ist. Es besteht das eigenartige Zusammentreffen, daß das perkutorische Verhalten der Lungen bei der kindlichen Tuberkulose öfter dem bei der Spitzenaffektion der Erwachsenen gefundenen gleicht. Aber diese so ähnlichen Befunde müssen sehr verschieden gedeutet werden. Autopsien und Röntgenbefunde haben gezeigt, daß im Gegensatz zu den Spitzenaffektionen die Lungentuberkulose der Kinder vom Hilus ausgeht, so daß man physikalisch nichts Pathologisches über den Spitzen erwarten müßte. Genaue Untersuchungen zeigen aber, daß die Spitzen uns gerade auch bei der Hilustuberkulose wertvolle Aufschlüsse gewähren. Wir gewinnen durch die Perkussion einen Einblick in die Einwirkung der Drüsenschwellung auf die Nachbarorgane. Wir können uns diese Wirkung verschieden denken, entweder als Kompression auf das Lungengewebe direkt oder als Kompressionswirkung auf Bronchen und Gefäße und dadurch Atelektasenbildung der entsprechenden Lungenteile. Es wird wohl an den verschiedenen Stellen bald das eine, bald das andere in Betracht kommen. Jedenfalls handelt es sich bei diesen Lungenpartien, über denen Schallabkürzung gefunden wird, um ganz intaktes Lungengewebe, das erst sekundär durch die Bronchialdrüsen unter andere Bedingungen gestellt wurde. Mit der Verkleinerung der Bronchialdrüsen pflegen auch diese Veränderungen zurückzugehen.

Die hier vorgetragene Auffassung, daß die oft ungemein deutlichen Spitzendämpfungen nicht durch tuberkulöse Prozesse in den Lungenspitzen bedingt sind, stützt sich auf unsere Röntgenbefunde, die ergaben, daß bei den 58 radiologisch untersuchten Kindern bei der Durchleuchtung, beziehungsweise auf der Röntgenplatte, sich die Lungenspitzen als vollständig frei und hell erwiesen, bis auf zwei Fälle, bei denen über die gedämpften Spitzen ein leichter Schleier gebreitet war. Prof. Naegeli hat in früheren Jahren selbst eine größere Anzahl von Kindern mit solchen Spitzendämpfungen längere Zeit immer wieder nachkontrolliert und nie eine Spur von einem Katarrh gefunden. Auch zahlreiche Röntgenbilder, die im Laufe längerer Zeit von diesen Kindern gemacht wurden, ergaben das vollständige Fehlen von tuberkulösen Prozessen in diesen gedämpften Spitzen.

Auf dem Rücken muß eine eigentliche Spitzendämpfung und eine Dämpfung im Interskapularraume paravertebral unterschieden werden. Letztere liegt in der Höhe des dritten bis fünften Brustwirbels, kann auch noch weiter bis zur Mitte der Skapula herabreichen.

Die Häufigkeit der Lokalisation dieser Dämpfungen bei unseren positiven Fällen war verschieden. Spitzen waren fast immer gedämpft, wenn beide, dann eine stärker als die andere. Meist auf der Seite mit dem kürzeren Schalle ging die Dämpfung in den Interskapularraum hinein. Doch fanden wir in zwei Fällen auch das Gegenteil. Eine Bevorzugung der rechten oder linken Seite war nicht ausgesprochen vorhanden.

7. Es ist wohl nicht zu leugnen, daß wir durch unsere Perkussion die vergrößerten Bronchialdrüsen auch direkt treffen können, wie über dem Sternum, neben dem Sternum, im Interskapularraum und über der Wirbelsäule, aber es ist nicht leicht zu ermessen, inwieweit auch hier kollabierte Lungenteile eine Rolle spielen.

In der Tat finden wir denn auch als die vielleicht wichtigsten Befunde ausgedehnte Dämpfungen über dem oberen Sternum und zu beiden Seiten des oberen Sternums. Gar nicht selten sind diese Dämpfungen überaus deutlich und leicht zu demonstrieren, auch bei allen Kontrollen konstant. Ihre Abgrenzung selbst über dem Sternum ist meist nicht schwer durchzuführen. Es ist ja heute allgemein zugegeben, daß die Plessimeterwirkung des Sternums, von der früher so viel gesprochen wurde, stark überschätzt ist.

Solche ausgesprochene sternale und parasternale Dämpfungen im ersten und zweiten Interkostalraume fanden wir in 52 Fällen. Mithin hat dieses Symptom, zumal es ein direktes ist, eine ganz besondere Bedeutung. Die Dämpfung war in 40 Fällen rechts, in neun Fällen links, in drei Fällen beiderseits vom Sternum. Die intensiven parasternalen Dämpfungen verloren sich oft unmerklich streifenartig nach den Spitzen zu.

Außerdem fanden wir eine parakardiale Dämpfung rechts neben dem Sternum in 23 Fällen.

8. Es ist an dieser Stelle die Wirbelsäulenperkussion zu besprechen, die von Koranyi und de la Camp in die Bronchialdrüsendiagnostik eingeführt wurde. De la Camp gibt an, daß normalerweise vom siebenten Halswirbel ab der Schall über den Spinalfortsätzen immer voller werde, bis über dem sechsten Brustwirbel ein voller sonorer Schall vorhanden sei, während bei Bronchialdrüsenschwellung über dem fünften und sechsten Brustwirbel eine relative Schallverkürzung bei vermehrtem Resistenzgefühl eintrete. Wir untersuchten eine sorgfältig ausgewählte Zahl von Kindern, bei denen wir eine Bronchialdrüsentuberkulose ausschließen zu müssen glaubten. Wir fanden, daß der absolut gedämpfte Schall über der Wirbelsäule viel klarer abzugrenzen war als der allmähliche Klangzuwachs, der sich über zwei bis drei Brustwirbel ausdehnte. Die Grenze für diese absolute Dämpfung fanden wir im sechsten bis zehnten Jahre meist zwischen erstem und zweitem Brustwirbel, im 10. bis 15. Jahre zwischen zweitem und drittem Brustwirbel. Übergänge kamen vor. Vor allem ist dabei die verschiedene Größe und Thoraxform der Kinder von Bedeutung.

Die Verhältnisse bei unseren positiven Bronchialdrüsenfällen waren folgendermaßen. Bei zirka einem Fünftel der Fälle (12) ging die Dämpfung der Wirbelsäule nicht über den zweiten Brustwirbel herunter; in einem Falle war sogar schon über dem zweiten Wirbel ziemlich heller Schall. In allen übrigen 53 Fällen war die Dämpfung über dem dritten und vierten Wirbel noch ziemlich massiv, und zwar in der überwiegenden Mehrheit (36), das heißt in etwas über der Hälfte aller beobachteten Fälle nur noch über dem dritten Brustwirbel. Die relative Dämpfung ging meist noch weiter nach unten.

Nach unseren Erfahrungen war also in einem großen Teile der Fälle (in 53 unter 65) von Bronchialdrüsentuberkulose eine Dämpfung des dritten und vierten Brustwirbels vorhanden, die wir in normalen Fällen nicht erwarten.

9. Was die Auskultation betrifft, so ist bei der Bronchialdrüsendiagnostik sowohl der negative wie der positive Befund von großer Wichtigkeit. In 38 von 68 Fällen fanden wir überhaupt keine Änderung des Atemgeräuschs, bei der anderen Hälfte war dasselbe auf verschiedene Art verändert. Teils (neunmal) war über den gedämpften Spitzen ein rauhes, sakkadiertes Atmen, teils (zwölfmal) hatte es einen sehr scharfen Charakter, seltener (zweimal) war es abgeschwächt. Das Exspirium war in einzelnen Fällen (drei) nur verlängert, in zwei Fällen hatte es über der Spitze einen deutlich bronchialen Klang. Bei einem sehr ausgesprochenen Falle konnte während einer langen Beobachtungszeit paravertebral in der Höhe des vierten Brustwirbels lautes Bronchialatmen gehört werden.

Rasselgeräusche waren in 20 Fällen vorhanden. Sie hatten nie einen klingenden Charakter. Es handelte sich um bronchitische Geräusche, wie Giemen, Brummen und mittelblasige feuchte Rasselgeräusche. Sehr bemerkenswert ist, daß bei sieben von diesen Fällen die Geräusche ganz auf die oberen Lungenpartien beschränkt waren oder wenigstens unten mehr zurücktraten. Eine typische akute Bronchitis war es selten, sondern es waren meist chronische, häufig rezidivierende Bronchitiden, die fast fieberlos verliefen. Alle diese Verhältnisse lassen es wohl beim sicheren Ausschlusse von Lungeninfiltrationen (Röntgenbild) rechtfertigen, diese Katarrhe auf die Drüsen zurückzuführen. Man darf dieselben natürlich nicht als einen bazillären Prozeß ansehen, deshalb auch keine Bazillen im Sputum erwarten. Wir werden uns vielmehr diese Bronchitiden als eine toxische oder zum Teil vielleicht als eine mechanisch irritierende Wirkung der Bronchialdrüsenschwellung denken müssen.

10. Als ein neues spezifisches Symptom für Bronchialdrüsentuberkulose ist das d'Espinesche Zeichen, die Bronchophonie der Wirbelsäule, zu nennen. Wir haben auf dieses Symptom unser besonderes Augenmerk gerichtet. Es gründet sich wie die Wirbelsäulenperkussion auf die Tatsache, daß jeder Wirbel perkutorische und auskultatorische Selbständigkeit besitzt. Die Methode ist folgende: Man läßt den Kranken mit lauter Stimme die Zahl 33 sprechen und auskultiert währenddessen die Spinalfortsätze der Hals- und Brustwirbelsäule. Man hört hier deutlich die gesprochene Zahl, und die Stimme hat einen charakteristischen trachealen Beiklang. Bei Bronchialdrüsen-

schwellungen reicht dieser tracheale Beiklang, die Bronchophonie, weiter nach unten als normal. D'Espine gibt als letzten Wirbel, über dem die Bronchophonie normalerweise noch zu hören ist, ganz allgemein den siebenten Halswirbel an. Zabel, der sich damit beschäftigt hat, macht für die verschiedenen Altersklassen Unterschiede. Er nennt als Grenze für kleine Kinder den siebenten Halswirbel, für das achte Jahr den ersten Brustwirbel, für das zwölfte den zweiten, für das 15. Jahr den dritten Brustwirbel. — Wir machten die Erfahrung, daß das Zeichen nicht immer so klar und eindeutig war. Grade bei den Kindern ohne nachweisbare Bronchialdrüsenaffektion war dieser tracheale Beiklang häufig (in zirka 50%) sehr leise und undeutlich zu hören, auch war die Grenze nicht scharf zwischen zwei Wirbelfortsätzen gelegen. Wenn sie deutlich vorhanden war, so hörte die Bronchophonie bei den jüngeren Kindern nach dem ersten Brustwirbel auf, bei den älteren war sie noch über dem zweiten Brustwirbel zu hören. Wenn sie selten bei solchen Kindern noch über dem dritten Brustwirbel zu hören war, war der tracheale Beiklang nur schwach angedeutet. Die Grenze richtete sich nicht streng nach dem Alter. Sie war von der körperlichen Entwicklung abhängig, und es scheinen noch bis jetzt unbekannte Verhältnisse Unterschiede zu bewirken.

Bei den positiven Fällen von Bronchialdrüsentuberkulose spielt der Altersunterschied eine noch kleinere Rolle. Handelt es sich doch hier um krankhaft veränderte Schallverhältnisse.

Im speziellen finden wir bei 66 Kindern, bei denen die Prüfung möglich war, folgende Befunde:

d'Espinesches Zeichen negativ, das heißt die Bronchophonie geht nur soweit, als dem Alter entspricht: fünf Fälle;

d'Espinesches Zeichen zweifelhaft positiv, das heißt nicht scharf abgrenzbar und nicht weit über die normale Zone hinausreichend: 15 Fälle;

d'Espinesches Zeichen sicher vorhanden, das heißt Bronchophonie geht erheblich und ganz sicher weiter, als dem Alter und der Konstitution entspricht: 46 Fälle; dabei ist die Bronchophonie nur in 33 Fällen ganz scharf abgrenzbar.

Was das Verhältnis von Wirbelsäulendämpfung und Wirbelsäulenauskultation betrifft, so trafen in 42 Fällen die Grenzen zusammen, in 20 Fällen reichte die Bronchophonie noch einen, in vier noch zwei Wirbel weiter nach unten.

Wenn wir unser Urteil über die Bronchophonie zusammenfassen sollen, so ist sie nach unserer Meinung zwar nicht absolut eindeutig, haben wir sie doch in manchem ausgesprochenen Falle nicht scharf abgrenzbar gefunden; sie dürfte aber doch für Bronchialdrüsenschwellungen als wichtig angesehen, aber nur wie andere Symptome verwertet werden. Einen so ausschlaggebenden Wert, wie Zabel dem Symptom beilegt, können wir gemäß unserer Erfahrungen dem Zeichen nicht beilegen und möchten ausdrücklich vor Überschätzung des Symptoms warnen.

11. Der röntgenologische Nachweis der Bronchialdrüsentuberkulose ist in der Literatur widersprechend beurteilt worden. Ein Teil der Autoren ist der Ansicht, daß dies die einzig sichere Methode ist,

die Diagnose besonders in den Anfängen der Erkrankung zu stellen. Anderseits war man sich auch einig, daß nur der positive Befund beweisend war, der negative Ausfall der Durchleuchtung dagegen keinesfalls eine Tuberkulose der Bronchialdrüsen ausschloß. Man erklärte sich dies dadurch, daß markig geschwollene Drüsen im allgemeinen keinen Schatten geben, sondern nur die verkästen und verkalkten im Röntgenbilde sichtbar seien. St. Engel kommt neuerdings auf Grund genauer anatomischer und röntgenologischer Untersuchungen zu dem Urteile, daß es mit der Röntgenographie der Bronchialdrüsen nicht so gut stehe. Er beweist, daß die Hauptgruppen der Bronchialdrüsen, die Glandulae tracheobronchiales und die Glandulae bifurcationis, in den Bereich des Mittelschattens fallen, also nicht sichtbar sind. Nur die Drüsen des rechten Hilus, die Glandulae bronchopulmonales dextrae, haben Aussicht auf Darstellbarkeit. — Wir haben unser Augenmerk besonders auf die perkutorischen und auskultatorischen Verhältnisse bei Bronchialdrüsenschwellungen gerichtet, aber trotzdem fast alle Kinder durchleuchtet. Allerdings haben wir uns meist mit der Schirmdurchleuchtung begnügt und nur in wenigen Fällen Plattenaufnahmen gemacht. Es war überraschend, wie selten das Röntgenbild den klinischen Erscheinungen entsprach. Bei einem nicht unerheblichen Prozentsatze war der Röntgenbefund fast negativ. Bei der Mehrzahl der Fälle jedoch fand man zu beiden Seiten, besonders rechts vom Mittelschatten, deutliche streifenförmige oder runde, fleckenförmige Schatten, die sich doch nicht als physiologische Hiluszeichnung auffassen ließen. Ob diese Schatten aber alle als geschwollene Drüsen aufzufassen sind, ist ja nicht sicher. In einigen Fällen traten jedoch einzelne Schatten so projektilartig scharf hervor, daß wohl kein Zweifel herrschen konnte, daß es sich hier um verkäste oder verkalkte Drüsen handle. Interessant und für unsere Auffassung wichtig war, daß die gedämpften Lungenspitzen sich im Röntgenbild immer als vollständig hell und klar erwiesen.

12. Von erheblichem Wert ist eine deutlich ausgesprochene Diazoreaktion unter der Voraussetzung, daß eine andere Ursache des Zustandekommens der Reaktion ausgeschlossen werden kann. In der Tat findet man denn auch bei den Erkrankungen mit länger dauernden Fiebern häufig ganz ausgesprochene und langanhaltende Diazoreaktionen. Bei unseren 68 Kindern handelt es sich aber meist um Sprechstundenpatienten, bei denen, wie bereits hervorgehoben worden ist, nur selten eigentliche Fieber vorhanden waren. Es kann daher nicht wundernehmen, daß die Diazoreaktion fast immer negativ ausfiel. Ausgesprochen positiv war sie sechsmal, schwach positiv dreimal.

13. Es liegt sehr nahe, in der positiven Pirquetreaktion einen Anhaltspunkt für die Tuberkulose zu finden. In zehn Fällen wurde Pirquet vorgenommen. Dreimal war die Reaktion ausgesprochen positiv, siebenmal negativ, einmal dann bei der Wiederholung schwach positiv. In Anwendung kam eine 25%ige, anfänglich eine 50%ige Lösung von Alttuberkulin. Der negative Ausfall der Reaktionen kann uns von der Auffassung, daß tatsächlich Tuberkulosen vorlagen, nicht abbringen, da alle anderen Symptome zu deutlich positiv waren. Vielleicht hätte die Anwendung von 100%igem Alttuberkulin mehr

positive Resultate gegeben. Wir scheuten uns aber, derartige Konzentrationen anzuwenden, da wir zweimal, einmal mit 25% und einmal bei 50%, sehr unangenehme Erscheinungen bekamen.

Bei dem einen Kinde schmolzen die walnußgroßen Halsdrüsen in rapidester Weise ein, obwohl wir keine positive Reaktion bekommen haben. Bei dem anderen Kinde bekamen wir bei positiver Reaktion eine pneumonische vom Hilus ausgehende Infiltration des Unterlappens. Beide Affektionen verliefen mit erheblicher Störung des Allgemeinbefindens.

14. Auf die morphologische Blutuntersuchung, auf deren Bedeutung Naegeli in der Arbeit von Medwedewa hingewiesen hat, und die in neuerer Zeit auch von Philippi und Schulz als wichtig hervorgehoben wurde, konnte hier nicht eingegangen werden. Derartige Untersuchungen dürfen nur dann auf Wert Anspruch erheben, wenn sie über längere Zeit sich ausdehnen. In zwei Fällen ergab die Untersuchung immerhin eine bedeutende Erniedrigung der Lymphozytenwerte, ohne daß dafür irgendein anderer Grund entdeckt werden konnte. Grätzer.

O. H. Petersen, Die neueren Methoden der unblutigen Therapie der Halsdrüsentuberkulose. (Aus der Chirurg. Klinik zu Kiel.) (Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 4.) Verf. berichtet über die Erfolge der Röntgentherapie und zeigt auch an einigen Bildern, was erreicht werden kann.

Vergleicht man die Erfolge der Röntgenbestrahlung mit denen der radikal-operativen Methode, für die sie uns ja einen Ersatz bieten soll, so sehen wir zweifellos eine ganze Reihe von Vorzügen. Der wichtigste ist der, daß das kosmetische Resultat, das gerade bei den am häufigsten vorkommenden Halsdrüsenschwellungen eine sehr erhebliche Rolle spielt, ein sehr viel besseres ist. Wir haben entweder keine oder kleine, unscheinbare Narben, im Gegensatz zu den ausgedehnten Narben nach der radikalen Operation, die ja oft sehr auffallend sind und häufig für den Träger auch in sozialer Hinsicht eine Schädigung für das ganze Leben bedeuten. Ferner können wir bei der Bestrahlung besser alle Krankheitsherde beeinflussen, während bei der Operation doch leicht kleine Drüsen mit beginnender Erkrankung übersehen werden. Ob auch — wie von einigen Seiten angenommen wird — der Körper nach einer unter Bestrahlung ausgeheilten Lymphdrüsentuberkulose für tuberkulöse Neuinfektionen weniger empfänglich ist als nach operativer Entfernung der Drüsen, kann wohl noch nicht als sicher erwiesen gelten. Vielmehr ist auf der anderen Seite doch zu bedenken, ob wir nicht zum Beispiel bei einer verkästen Drüse, die nicht vollkommen verschwindet, sondern oft nur mit Einkapselung des Käseherdes ausheilt, in dem sich vielleicht noch längere Zeit Tuberkelbazillen erhalten, in dem Körper einen Herd zurücklassen, von dem aus ein Aufflackern der Krankheit wieder stattfinden kann. Bei allem, was wir von der Tuberkulose wissen, ist dies nicht ganz unwahrscheinlich, und wir haben hierin vielleicht einen schwachen Punkt der sonst so dankbaren Röntgentherapie der Lymphdrüsentuberkulose.

Festzuhalten ist aber, daß es tatsächlich keine Lymphdrüsentuberkulose zu geben scheint, die sich gegenüber der Röntgenbehand-

lung absolut refraktär verhält. Selbstverständlich soll jedoch die Röntgentherapie nicht für sich allein angewandt werden, denn ein Allheilmittel stellt sie nicht dar, und auch sie bedarf — wie jede andere Behandlungsmethode der Tuberkulose — einer Unterstützung durch alle die Mittel, die geeignet sind, den Körper in seinem Kampfe mit der Krankheit zu kräftigen. Denn auch die Röntgenbehandlung stellt nur ein Hilfsmittel für den Körper dar, die Überwindung der Krankheit muß er selbst vollziehen. Grätzer.

M. J. Breitmann (St. Petersburg), Eine neue Methode der Emulsionbereitung für die Behandlung der Magendarmaffektionen der Kinder. (Ther. Mh. 1914 Nr. 3.) Es ist wohl bekannt, daß eine Mandelsamenemulsion (Mandelmilch) beständiger als eine Mandelölemulsion ist. Daher hat Verf. sich entschlossen, bei der Bereitung einer Mandelöl- oder Provenzerölemulsion anstatt Wasser als Vehikulum Mandelmilch, d. h., eine echte Ölemulsion, anzuwenden. Nach seiner Formel werden zwei Emulsionen wie folgt bereitet:

Mandelöl 10%
Gummi arabicum 5%
Mandelmilch 85%

oder:

Frisches Olivenöl 10%
Gummi arabicum 5%
Mandelmilch 85%

Verf. verschreibt diese Emulsionen in folgender Weise:

Rp. Emulsionis olei Amygdalarum

(oder einfach:

Emulsionis oleosae) e 10,0
cum Emulsione Seminum Amygdalarum dulc. ad 100,0 paratae

bzw.

Rp. Emulsionis olei provincialis e 10,0
cum Emulsione Seminum Amygdalarum dulc. ad 100,0 paratae.

Seit vielen Jahren wendet Verf. nur diese Emulsionen anstatt der üblichen an, und kann bestätigen, daß sie ohne Ausnahme besser vertragen werden und schneller wirken, sowie auch viel beständiger sind, als einfache Emulsionen. Sie können per se, sowie auch in jeder Kombination, welche für gewöhnliche Emulsionen üblich ist, zum Gebrauch gelangen, mit dem Vorzug, daß im letzten Fall die zugesetzte Substanz in einer feineren Zerteilung eingenommen wird, und die therapeutische Wirkung daher viel gleichmäßiger stattfindet. Die einhüllende Wirkung dieser Emulsionen ist auch größer, als bei der Anwendung der üblichen Formen. Grätzer.

Hecker, Klimatotherapie im Kindesalter. (Ztschr. f. physik. diät. Ther. 1914 Nr. 1.) Über die Indikationen für die Klimatotherapie bei Kindern schreibt Verf.:

Gesunde Kinder sind — wenigstens subjektiv — durchaus nicht so empfindlich für das, was wir gute und schlechte Luft nennen. Sie gedeihen schließlich überall da, wo die Luft rein und frei von extremen Einflüssen ist. Es ist daher ganz gleichgültig, wohin wir Kinder schicken, bei denen es nur auf einen Wechsel des Milieus und die Entfernung aus der Großstadt ankommt.

Wollen wir mit dem Klima irgendwie positiv wirken, dann können nur Orte in Betracht kommen, wo einer der klimatischen Faktoren oder mehrere stärker vorhanden sind (Sonne, Wind, Höhe usw.).

Um einzelne Erkrankungsformen herauszugreifen, so ist z. B. für Rachitiker, wo wir den Stoffwechsel angreifen wollen, etwas Wind oder Höhe neben der unentbehrlichen Sonne erwünscht. Vielleicht ist richtiges Höhenklima sogar sehr nützlich; mir fehlen darüber Erfahrungen. Bei Rachitikern stehen auch gewöhnlich gar nicht die Mittel zur Verfügung, die ein Aufenthalt in der Höhe erfordert.

Daß das Höhenklima an sich bei Kindern kontraindiziert ist, gilt noch vielfach als Axiom, wird aber von Kennern mehr und mehr und wohl mit Recht bestritten. Für nicht zu vorgeschrittene Anämien und Chlorosen kommt es sicher in Betracht, ebenso wie für Kinder mit tuberkulösen Bronchialdrüsen, für die Prophylaktiker und für die lymphatischen und exsudativen. Dabei ist allerdings zu bedenken, daß für Kinder aus der norddeutschen Tiefebene ein Aufenthalt im bayrischen Vorland schon ebensoviel Höhenklima bedeutet, wie für Münchener Kinder ein Aufenthalt in 1100 oder 1200 m Höhe. Auch für viele Nervöse ist die Höhe sicher zuträglich, da sie offenbar auch auf die ganze Psyche, speziell die Willensenergien einen günstigen Einfluß ausübt.

Wirkliche Kontraindikationen gegen das Hochgebirge sind naturgemäß alle Zustände, die den starken Anforderungen, welche die erhebliche Belastung aller Körperfunktionen an den Organismus stellt, von vornherein nicht gewachsen sind. In solchen Fällen wären bedenkliche Rückschläge zu erwarten. Grätzer.

Döllner (Marburg), Beitrag zur Kenntnis der Santoninvergiftung. (Fortschr. d. M. 1914 Nr. 17.) Aus den eigenen Versuchen des Verf.s und einem beschriebenen Vergiftungsfalle ergeben sich folgende praktische Nutzanwendungen:

1. Das Santonin ist viel giftiger, als allgemein angenommen wird; einmal vom Körper aufgenommen, scheidet es sich nur sehr langsam aus. Die wurmwidrige und toxische Wirkung hängen unmittelbar zusammen.

2. Man soll es daher nie anwenden, ohne strikte Indikation, d. h. ehe man sich nicht durch den Augenschein von der Anwesenheit der Parasiten überzeugt hat.

3. Das Santonin soll nach getaner Arbeit aus dem Körper entfernt werden, bevor es von diesem aufgenommen worden ist.

4. Wegen seiner Löslichkeit in Ölen und der hierdurch erzeugten besseren Resorptionsmöglichkeit ist nicht Rizinusöl, sondern Kalomel hierfür zu verwenden.

5. Die beschränkte Freigabe des Santonins in Deutschland muß fallen, so daß das Mittel nur auf Grund ärztlicher Verordnung erhältlich ist.

6. Bei kleineren Kindern und bei blutarmen Personen ist vor der Darreichung des Santonins zu versuchen, ob die Vertreibung der Würmer nicht durch Ferroxyd. saccharat. oder Ferr. carbonic. saccharat., kombiniert mit mehrmals wiederholten kühlen Salzwasserklistieren, gelingt. Grätzer.

Jäger, Beiträge zur Rassenhygiene aus dem Bezirk Ebolowa (Südkamerun). (Menses Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg. 16. 1912 Nr. 16.) Die Arbeit enthält wichtige Angaben über Kindersterblichkeit und Kinderpflege bei den Kamerunnegern. Bei seinen mit großer Sorgfalt vorgenommenen Zählungen stellte Verf. fest, daß 809 fruchtbare Weiber 2761 Kinder geboren hatten, von welchen aber nur 1783 am Leben geblieben waren. Es starben also über $^1/_3$ aller Kinder. Beim Versuch der Feststellung der Todesursachen liefen natürlich Ungenauigkeiten unter. Ist es doch den Leuten nicht möglich, bei ihren Kindern innere Krankheiten zu erkennen. Einigermaßen zuverlässig sind nur folgende Ziffern: durch Framboesia tropica (allgemeine, chronische kontagiöse Infektionskrankheit, welche sich durch Auftreten himbeerähnlicher Papeln auf der Haut charakterisiert und, hervorgerufen durch eine Spirochätenart, der Syphilis nahesteht) weggerafft: 42 Kinder, tödlich verunglückt waren 18 Kinder, im Kriege, d. h. bei Stammesfehden, umgekommen waren: 46 Kinder, durch Milchmangel der Mutter: 69 Kinder, verhungert: 13 Kinder, totgeboren: 226 Kinder, Frühgeburten, d. h. nicht lebensfähig: 20 Kinder. Beinahe die Hälfte der 978, nämlich 454 Todesfälle, entfallen auf das erste Lebensjahr. Mit der Hebung der Lebensbedingungen jener Negerstämme durch die deutsche Kolonisation dürften viele der Todesursachen, z. B. Vernichtung der kindlichen Leben durch Krieg, durch Hunger oder Milchmangel der Mutter, in Fortfall kommen oder mindestens eine bedeutende Einschränkung erfahren.

Die Erziehung des jungen Weltbürgers läßt bei jenen Südkameruner Negern noch viel zu wünschen übrig. Besitzt der Vater nur wenige Kinder, so wäscht er sie wohl, schneidet die Sandflöhe nebst Eiersack aus ihren Fußsohlen und teilt ihnen von seinen Speisen mit. Aber von einem Weiterbilden, von dem Fortentwickeln guter und nützlicher Eigenschaften findet sich zum mindesten beim männlichen Geschlechte keine Spur. Etwas besser scheint es mit den Mädchen bestellt. Sie bleiben dauernd bei der Mutter und erlernen von ihr die häuslichen Künste. Auch mit der Zahnpflege steht es schlecht. Zwar besitzen jene Schwarzen recht praktische faserige Stäbe, welche beim Reinigen der Zähne gute Dienste leisten; und alle diejenigen, welche sie regelmäßig benutzen, erfreuen sich eines ausgezeichneten Gebisses. Aber das geschieht keineswegs immer, und dementsprechend sind auch die Resultate wenig zufriedenstellend. Der allgemein verbreitete Glaube, der Neger habe ein sehr gutes Gebiß, beruht auf Irrtum, wie Verf. durch eine Reihe von ihm ausgeführten Untersuchungen dargelegt. Kronecker.

J. Bayerthal, Über die prophylaktischen Aufgaben des Lehrers auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. (Der Kinderarzt 1914 Nr. 1.) In dem vorliegenden Vortrage wendet sich Verf. an die Kurie der Lehrerschaft. Der Lehrer soll sich eine Vorstellung bilden über die normale und abnormale Intelligenz seiner Pflegebefohlenen, ferner über deren Stimmung, deren Willensimpulse, deren Beziehungen zu den Mitschülern und vielerlei andere Punkte, deren Beurteilung für den Schularzt, besonders den

Schulpsychiater, von Wichtigkeit sind. Ferner soll der Lehrer bemüht sein, mit diesem im Interesse seiner Zöglinge in engsten Konnex zu treten. K. Boas (Straßburg i. Els.).

G. Hirsch, Die Gründe des Nichtstillens und die Frage der Stillfähigkeit. (Aus der K. Universitäts-Poliklinik für Frauenleiden in München.) (Der Frauenarzt 1913 Nr. 9.) Auf Grund der aus der Literatur angeführten Belege sowie aus dem Resultat des eigenen Materials kommt Verf. zu der Ansicht, daß von einer zunehmenden Stillunfähigkeit, wie dies v. Bunge behauptet, nicht die Rede sein kann. Wirklich stillunfähig ist auch heute ebenso wie früher nur ein ganz geringer Prozentsatz der Mütter. Mit weit mehr Berechtigung wird man dagegen behaupten können, daß sich die Unlust zu stillen, wenigstens in München und Umgebung, in viel höherem Maße als früher geltend macht. K. Boas (Straßburg i. Els.).

M. Schuhmacher, Die kutane Diagnostik und das Eisentuberkulin. (Aus der Kinderheilstätte der Stadt München-Gladbach.) (Ztschr. f. Tuberkulose 20. 1913 H. 1. S. 28.) Bei keinem einzigen der auf Tuberkulose verdächtigen Kinder gab das Eisentuberkulin einen positiven Ausschlag. Der Ausfall der Impfung mit Eisentuberkulin in den in Tabelle III niedergelegten Fällen gestattete keinen Rückschluß auf die klinische Bedeutung des Krankheitsfalles. Die Reaktion war zweimal ebenso stark, sonst immer schwächer als beim Gebrauch von Alttuberkulin. Im Ausfall der Reaktionen kam die Eisentuberkulinprobe der mit 5 %iger Alttuberkulinlösung am nächsten. Sie fiel fünfmal ebenso stark, viermal stärker und viermal schwächer aus; einmal war sie positiv, wo die Impfung mit 5 %igem Alttuberkulin versagte. Sie stand der Probe mit stärker konzentrierten Tuberkulinlösungen erheblich nach, entsprechend dem geringeren Antigengehalt des Eisentuberkulins. Eine gesetzmäßige Regelmäßigkeit in dem Ausfall der Impfungen mit Eisentuberkulin gab es aber nicht.

Daß im Eisentuberkulin spezifische Substanzen vorhanden sind, ist sicher. Wenn aber Ditthorn und Schultz meinen, daß bei den klinisch wichtigen Fällen des Anfangsstadiums der Tuberkulose die Zahl positiver Ausschläge nicht verringert würde, so kann Verf. dem ebensowenig beipflichten, wie dies Schellenberg auf Grund seiner Untersuchungen an Erwachsenen zu tun vermochte. Beachtenswert bleibt der stets negative Ausfall der kutanen Eisentuberkulinprobe bei den tuberkuloseverdächtigen Kindern.

Ob die Verwendung des Eisentuberkulins einen Fortschritt bedeutet, ob es ein brauchbares Mittel ist, aktive und inaktive Tuberkulose zu unterscheiden, ist dem Verf. sehr zweifelhaft. Es ist überhaupt nicht wahrscheinlich, daß eine spezifische Reaktion dies leisten kann. K. Boas (Straßburg i. Els.).

J. K. Friedpurg, Traum eines sechsjährigen Kindes. (Internationale Ztschr. f. Psychoanalyse 1. 1913.) Kurzer Bericht über den „Ödipustraum" eines 6 jährigen Mädchens.

K. Boas (Straßburg i. Els.).

P. Löwenberg, Zum Latenzstadium der Masern. Beobachtungen an 76 Fällen von Masern-Hausinfektionen in den

Kinderspitälern zu Graz und München 1893—1912. (Aus d. Universitäts-Kinderklinik in München.) (Inaug.-Dissert. München 1913.) Nach den Untersuchungen des Verf.s ist das sogenannte „Latenzstadium" der Masern in sieben Fällen kein eigentliches Latenzstadium. Die in den Körper durch die Infektion eingedrungenen Gifte stören bald den normalen Gang der Temperatur, bald ziehen sie durch frühzeitige katarrhalische Erscheinungen — wenn auch oft nur leichten Grades — das Wohlbefinden der kleinen Patienten in Mitleidenschaft.

K. Boas (Straßburg i. Els.).

Marga Wolf, Die Säuglingssterblichkeit der Tübinger Poliklinik in den Jahren 1911 und 1912. (Aus d. Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Tübingen.) (Inaug.-Dissert. Tübingen 1913.) Die vorwiegend statistische Arbeit ist zu kurzer Besprechung an dieser Stelle nicht geeignet. Sie hat auch lediglich lokales Interesse.

K. Boas (Straßburg i. Els.).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Guido Engelmann, Über das Liegendtragen der Kinder und die Häufigkeit der Linkskoliosen. (W. kl. W. 1914 Nr. 3.) Die Säuglinge werden in den ersten Lebensmonaten fast stets auf dem linken Arm getragen. Daher resultiert eine seitliche Ausbiegung des ganzen Rumpfes nach links.

Die großen Skoliosenstatistiken von Scholder, Waith und Combe berichten, daß von 2314 untersuchten Schulkindern 91,4% einfache Biegungen ihrer Wirbelsäule aufwiesen, und von diesen 91,4% waren 70,3% nach der linken Seite konvex. E. Müller fand bei seinen Untersuchungen von Skoliotikern, daß 68% eine nach links gerichtete Hauptkrümmung zeigten.

Diese auffallenden statistischen Ergebnisse sind leicht mit dem einseitig Liegendtragen der Kinder in Einklang zu bringen.

Grätzer.

Hans Neugebauer (Kassa), Syphilis hereditaria und Aortenveränderungen. (W. kl. W. 1914 Nr. 17.) Faßt man die sich aus der Arbeit ergebenden Folgerungen zusammen, so ergibt sich daraus:

1. Gibt es Fälle, wo auf Grund der hereditären Lues Veränderungen an der Aorta und ihren Klappen vorkommen.

2. Können diese sub 1 geschilderten Veränderungen außer dem positiven Wassermann die einzigen Manifestationen von Lues sein.

3. Die genannten Veränderungen bedingen nicht a priori eine kurze (extrauterine) Lebensdauer, sondern können sich erst unter dem Einfluß des alltäglichen Lebens und seiner Schädlichkeiten so weit weiterentwickeln, daß sie den Patienten zum Arzt führen und einer klinischen Diagnose zugänglich werden.

4. Die ex lue hereditaria an der Aorta auftretenden Veränderungen bestehen wie bei der nach akquirierter Syphilis vorkommenden in der Aortitis syphilitica, die durch Übergreifen auf die Klappen zur Klappeninsuffizienz oder anderseits zur aneurysmatischen Erweiterung der Aorta führen kann. Grätzer.



Hans Lorenz, Ein Fall von Zwerchsackhygrom an der Schulter. (Ein Beitrag zur Kenntnis des Hygroma subdeltoideum.) (Aus dem St. Anna-Kinderspital zu Wien.) (Ebenda.) Daß sich ein Weg findet, auf dem sich ein Hygroma subdeltoideum gelegentlich nach aufwärts ausbreiten kann, zeigt folgender Fall, der eines Analogons in der Literatur entbehrt.

12 jähriger Knabe mit einer Geschwulst an der rechten Schulter, welche die Mutter zufällig vor einigen Tagen entdeckt hat. Es findet sich hier, von Musculus deltoideus bedeckt, dessen Konturen ziemlich genau einhaltend, sie nirgends überschreitend, eine annähernd halbkugelige, unter dem Muskel liegende, weiche, fluktuierende Geschwulst, die nach Lage, Aussehen und Konsistenz ganz einem jener Hygrome entspricht, die, von der Bursa subdeltoidea ausgehend, hier angetroffen werden. Ober dem Schultergürtel, vom Kukullaris gedeckt, sitzt aber noch eine zweite, mehr eiförmige, gleichfalls fluktuierende Geschwulst, die nach aufwärts fast bis zum Kopfnicker reicht. Bei Druck auf die eine Geschwulst vergrößert sich die andere, prall werdend, um ein Beträchtliches, man fühlt dabei deutliches Rieseln, fühlt regelmäßig auch sehr deutlich, daß feste Bestandteile, grobe Fibrinflocken oder Reiskörperchen, den Engpaß zwischen den beiden miteinander kommunizierenden Hohlräumen passieren, ja es ist sogar ein sehr lautes, darauf basierendes Auskultationsphänomen vorhanden.

Es finden sich also ausnahmsweise einmal an der Schulter ganz ähnliche Symptome wie bei einer Hydrocele en bissac oder, um noch einen besseren Vergleich zu ziehen, wie bei einem der bekannten Zwerchsackhygrome der großen gemeinsamen Sehnenscheide der Fingerbeuger.

Die zwischen den beiden Hohlräumen bestehende Kommunikation muß sich unterhalb der von Akromion und Klavikula gebildeten knöchernen Brücke befinden.

Die Beweglichkeit im Schultergelenk und jene des Schultergürtels sind aktiv und passiv vollkommen frei, auch sonst hat der etwas hagere Junge, der einen normalen inneren Organbefund liefert, keinerlei Beschwerden.

Verf. hielt diese bilokuläre Geschwulst für ein auf tuberkulöser Grundlage basierendes Schleimbeutelhygrom, und diese Diagnose wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Grätzer.

Alfred Adler, Zur Kinderpsychologie und Neurosenforschung. (Ebenda.) Zum Referat nicht geeignet. Grätzer.

N. v. Jagić, Orthostatisch-lordotische Albuminurie und Tuberkulose. (Aus der medizinischen Abteilung des k. k. Sophienspitales in Wien.) (W. kl. Rundschau 1913 Nr. 39.)

Grete J., 11 Jahre alt, wird wegen Kopfschmerzen, Blässe und intensiver Albuminurie mit der Diagnose Nephritis auf die Abteilung aufgenommen, nachdem in der Ambulanz die Untersuchung des Harnes mit Essigsäure und Ferrozyankali eine dichte Eiweißtrübung ergeben hatte. Nachdem schon das Aussehen der Patientin gegen die Diagnose Nephritis gesprochen hatte, erwies sich schon am nächsten Tage nach Bettruhe der Harn als vollkommen eiweißfrei. Im übrigen wurde auf Grund der klinischen Untersuchung die Diagnose auf einen Solitärtuberkel im Kleinhirn gestellt.

Das auffällige Verhalten der Albuminurie veranlaßte Verf. an eine orthostatische Form derselben zu denken, und er ließ die Kranke im Bette durch Unterschieben eines Polsters in Lordose 15 Minuten lang liegen. Die gleich nachher vorgenommene Untersuchung des Harns ergab eine Essigsäurefällung und starke Trübung mit Essigsäure-Ferrozyankali. Sechs Stunden später war der Harn wieder vollkommen eiweißfrei. Der Lordoseversuch wurde auch zweimal mit dem gleichen Erfolge wiederholt. In der Zwischenzeit war niemals Eiweiß nachweisbar. Die mikroskopische Untersuchung des Urins ergab weder Blut noch Eiter im Sediment.

Unter den Erscheinungen einer Meningitis trat am elften Tage des Spitalaufenthaltes der Exitus ein.

Klinische Diagnose: Chronische Tuberkulose in der linken Lungenspitze, Solitärtuberkel im Kleinhirn, tuberkulöse Meningitis, orthostatisch-lordotische Albuminurie.

Anatomische Diagnose: Tuberkulöse Basilarmeningitis, erbsengroßer Tuberkel in der linken Kleinhirnhemisphäre. Tuberkulose in der linken Lungenspitze. Tonsillen klein, ein kleiner Thymusrest vorhanden. Beide Nieren makroskopisch normal. Aorta entsprechend weit.

Die genaue histologische Untersuchung der Nieren ergab in den von beiden Nieren angelegten Schnitten je einen, zwei bis drei miliare Tuberkel. Das Nierenparenchym bot sonst ein normales Bild. Der Gehalt an fibrösen Elementen in einzelnen Tuberkeln beweist einen längeren Bestand derselben.

Die mikroskopische Untersuchung der Tonsillen ergab keine Besonderheiten.

Wir haben demnach einen Fall vor uns, bei dem intra vitam eine orthostatisch-lordotische Albuminurie bestanden hatte, und wo bei der Sektion miliare Tuberkel in der Niere gefunden wurden. Ob wir hier die Albuminurie als eine toxische, durch die allgemeine Tuberkulose bedingte auffassen sollen oder als Folge der Nierentuberkulose, wagt Verf. nicht zu entscheiden. Zweifellos gehört aber dieser Fall in die Gruppe der orthostatischen Albuminurien, wo eine infektiös-toxische Einwirkung auf die Nieren, in diesem Falle die Tuberkulose, das Parenchym derselben derart schädigt, daß es unter der Einwirkung der künstlichen Lordose im Liegen zur Eiweißausscheidung kommt. Das infektiös-toxische Moment im Symptomenkomplex der orthostatischen Albuminurie wurde ja gerade in allerletzter Zeit von Pollitzer mit Nachdruck hervorgehoben. Auch Gomolisky betont das häufige Zusammentreffen akuter und chronischer Infektionskrankheiten mit orthostatischer Albuminurie (Typhus recurrens, Typhus abdominalis, Influenza, chronische Tuberkulose). Grätzer.

A. Ghon, Zur Bedeutung der Lymphknotentuberkulose beim Kinde. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der deutschen Universität in Prag.) (Prag. m. Wschr. 1914 Nr. 8.) Das Kind war $1^1/_2$ Jahre alt und wurde wegen Stenosenerscheinungen und eines angeblichen Rachenbelages mit dem Verdachte einer Diphtherie am 26. Dezember 1913 ins Kaiser-Franz-Josef-Kinderspital (Prof. Ganghofner) aufgenommen. Sofort Intubation, darauf Besserung der Atmung. Tags darauf Dämpfung mit verschärftem Atmen über der rechten Lunge; Entfernung des Tubus wegen zweimaliger Verstopfung.

Am 28. Dezember trotz Intubation keine Besserung der Atmung. Exitus.

Die Sektion ergab: Frischer Einbruch eines käsig erweichten, haselnußgroßen, tuberkulösen, broncho-pulmonalen Lymphknotens an der vorderen Fläche des rechten Lungenhilus in den Stammbronchus für den rechten Oberlappen knapp nach seinem Abgang. Käsige Tuberkulose der anderen dem rechten Oberlappen regionären bronchopulmonalen Lymphknoten, der bis haselnußgroßen unteren und oberen tracheobronchialen und der fast bohnengroßen paratrachealen Lymphknoten rechts. Ein bohnengroßer subpleuraler käsiger Herd in der hinteren Fläche des rechten Oberlappens fingerbreit unterhalb seiner Spitze. Totale adhäsive tuberkulöse Pleuritis der rechten Seite. Konfluierte Pneumonie nebst einigen miliaren Tuberkeln im rechten Oberlappen. Lobulärpneumonie im linken Unterlappen. Je ein kaum

linsengroßes, frisches tuberkulöses Geschwür im oberen und unteren Ileum mit kleinsten miliaren Tuberkeln in einigen regionären mesenterialen Lymphknoten.

Anatomische Veränderungen von Diphtherie waren nirgends nachweisbar. Verf. meint, daß der erhobene anatomische Befund vollständig ausreicht, alle klinisch beobachteten Erscheinungen und den ganzen Verlauf der Krankheit zu erklären, und hält den Fall in seiner praktischen Bedeutung für sehr lehrreich. Grätzer.

F. Rusca, Über einen Fall von Pertussis, geheilt durch eine wegen Perityphlitis gemachte Laparotomie. Beitrag zur Kenntnis der Pertussis. (Schweiz. Korr. Bl. 1914 Nr. 19.) Die Anamnese und die Krankengeschichte ergaben, daß die Keuchhustenanfälle durch die Perityphlitisoperation kupiert wurden; der Hustenreiz war nach der Operation noch da, der Anfall kam aber nicht zustande. Patientin hatte das Bedürfnis zu husten, war aber gleichzeitig daran gehindert. Einerseits hatten wir den durch die Keuchhusteninfektion bedingten Hustenreiz, andererseits hatten wir die Schmerzen, die beim Versuch zu husten in der Operationswunde entstanden und das Kind zur Unterdrückung des Anfalles veranlaßten.

Interessant ist aber, daß die Pertussisanfälle für immer wegblieben, d. h. sie traten auch dann nicht mehr auf, als das Husten keine schmerzhafte Empfindung mehr verursachen konnte. Das Kind war geheilt.

Dieses Ergebnis kann dadurch erklärt werden, daß das Kind während dieser kurzen Zeit von seiner Keuchhusteninfektion heilte.

Gegen diese Erklärung spricht aber die zu kurze Zeit, die verflossen ist zwischen Operation und Heilung, denn die Anfälle hörten sofort auf, und die vollständige Heilung, d. h. das Verschwinden des Hustenreizes, erfolgte in fünf Tagen, und wir wissen, daß die Heilungsdauer bei einem floriden Keuchhusten länger zu dauern pflegt. Dieser Einwand besteht auch, wenn man annimmt, daß die Narkose, die strenge Diät und die hemmende Wirkung der Wundschmerzen als ungewöhnliche Heilfaktoren in Betracht gezogen werden konnten, weil sie nicht spezifisch antibakteriell, sondern nur symptomatisch wirken können.

Verf. glaubt den Fall in folgender Weise erklären zu können: Das Kind kam vier Wochen nach dem Auftreten der Pertussis, die Anfälle waren zwar sehr stark und häufig, es fehlten dagegen objektive Befunde seitens der Respirationsorgane, weder Bronchitis noch Laryngitis war nachzuweisen, Keuchhustenbazillen waren auch nicht zu finden.

Die katarrhalischen, d. h. die infektiösen Erscheinungen waren sozusagen geheilt, es blieb nur die Neuro- und die psychogene Komponente der Pertussis zurück, die allein genügend war, den Symptomenkomplex des Keuchhustenanfalles hervorzurufen. Unter einer solchen Voraussetzung ist denkbar, daß die Schmerzen, die beim Versuch zu husten, in der Wunde entstanden sind, beim Kinde eine genügende Willenskraft erzeugten, um das Entstehen des Anfalles zu unterdrücken,

kurz gesagt, der Schmerzreiz war stärker als der Hustenreiz; er heilte das Kind von der neuro- und psychogenen Komponente der Pertussis.

Grätzer.

C. Sauvage, Vom akuten, generalisierten Ödem des Fötus. (Annales de gynécol. et d'obstétr. 1913, Juli.) Verf. hatte Gelegenheit, die sehr reichliche ödematöse Flüssigkeit des einen von drei mit dieser seltenen Affektion behafteten Kindern zu analysieren. Auf 1000 ccm enthielt die Flüssigkeit 6,66 g Salze und 0,421 Harnstoff. Die Analyse des Gesamtblutes, aus den großen Gefäßen gesammelt, gab 4,91 g Chloride und 0,451 g Harnstoff; die fehlende Gerinnung des Leichenblutes gestattete eine Feststellung des Verhältnisses dieser Stoffe im Serum nicht. Nach den früheren Untersuchungen des Verf.s und von Clogne enthält das Blut des Neugeborenen im Normalzustand: im Serum 5,11 g bis 5,77 g Chloride und 0,25 g bis 0,45 g Harnstoff; im Gesamtblut 4,03 g bis 4,45 g Chloride, 0,26 g bis 0,31 g Harnstoff. Eine Vergleichung dieser Zahlen gestattet den Schluß, daß wenigstens in obigem Fall die Menge der Chloride im Gesamtblut und besonders in der Ödemflüssigkeit im Vergleich zum Serum beträchtlich vermehrt war. Zu bemerken ist, daß diese Hyperchloruration sich im gegebenen Fall mit stärkeren Veränderungen in Leber, Nieren und Milz zusammenfand. Die obenerwähnten Resultate bestätigen die der Hyperchloruration in der Pathogenese des fötalen Hydrops zugeschriebene Rolle und die Notwendigkeit einer prophylaktischen Behandlung durch salzarmes Regime bei nierenkranken Schwangeren.

H. Netter (Pforzheim).

Julliard, Un cas d'hémangiome veineux caverneux du mésentère. (Bull. et Mem. Soc. de chir. de Paris 1914, 1. April.) Über diesen, an die genannte Gesellschaft vom Verf. (Genf) mitgeteilten Fall berichtete Gosset in der Sitzung vom 1. April.

Es handelte sich um einen 15 jährigen Bauernburschen von schmächtigem Habitus, der seit einigen Jahren bemerkte, daß sein Leib häufig hart und gespannt war, der sich oft über dumpfe Schmerzen im Leib beklagte, mit unregelmäßigen paroxystischen Anfällen. Da die digestiven Symptome (Stuhlverhaltung) nicht ausgesprochen genug waren, um eine Neubildung des Darmes annehmen zu lassen, da die Zone hellen Schalles vor dem Tumor das Netz als Sitz der Affektion ausschloß, kam man zur Diagnose eines Mesenterialtumors, wahrscheinlich eines Fibroms oder Lipoms. Bei der Operation ergab es sich, daß es sich tatsächlich um einen soliden Tumor mesenterii von 25 cm : 30 cm handelte, dessen ausgedehnte und feste Verwachsungen mit dem Darm zur Entfernung die Resektion von über 1 m Darm erforderlich machten. Nach dem Ergebnis der Untersuchung des Tumors handelte es sich um ein großes kavernöses Angiom venösen Ursprungs, wovon Verf. einen ganz analogen Fall vor zehn Jahren beobachtet hat, dessen tödlicher Ausgang verursacht war durch eine Darmokklusion infolge von Torsion des Mesenteriums.

Es handelt sich um äußerst seltene Tumoren, die beiden Verf.-schen Fälle sollen die beiden einzigen bisher bekannten sein.

H. Netter (Pforzheim).

Brandeis u. **Quintrie,** Galactoxalie et troubles digestifs chez le nourrisson. (Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux 1913 Nr. 14, 6. April.) Ein von der Mutter gestillter Säugling zeigt eine ziemlich ernste Ernährungsstörung, so daß die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit einer Insuffizienz der mütterlichen Nahrung gelenkt wird. Die Analyse ergibt denn auch eine beträchtliche Verminderung des Fettgehaltes (26,3 g pro Liter) und eine Erhöhung des spezifischen Gewichts (10%), ohne sonstige chemische oder physikalische Anomalien. Die mikroskopische Untersuchung zeigte sehr reichlich Kristalle von oxalsaurem Kalk in charakteristischer Form.

Eine Nachforschung hinsichtlich der Ernährung der Mutter ergab einen übermäßigen Schokoladegenuß. Man läßt denselben aussetzen: plötzlich bessert sich hiernach der Allgemeinzustand des Kindes; das während der Ernährungsstörung stark herabgegangene Gewicht steigt wieder an, und in wenigen Tagen ist von den recht beträchtlichen Nutritionsstörungen nichts mehr vorhanden.

Die Verff. stehen nicht an, das Vorhandensein der Oxalsäure in der Muttermilch als Ursache der Säuglingserkrankung anzusprechen. Das Aussetzen der beschuldigten Nahrung scheint die Annahme einer Galaktoxalie als Folge von Schokoladegenuß zu rechtfertigen, da Entziehung desselben genügte, das Kind zur Gesundheit zurückzuführen. H. Netter (Pforzheim).

A. Gordon, Die Zerebrospinalflüssigkeit und eine besondere Behandlungsmethode essentieller Epilepsie. (New York medical Journal 1914, 17. Jan.) Es ist seit längerem bekannt, daß das Blutserum eines Epileptischen, einem anderen Epileptischen in die Blutbahn gebracht, zuweilen eine günstige therapeutische Wirkung ausübt. Indes haben diese serotherapeutischen Versuche keine praktische Anwendung gefunden wegen der Schwierigkeiten, die es mit der exakten Bestimmung der Eigenart des Blutserums in jedem besonderen Fall auf sich hat. Verf. (Philadelphia) kam nun auf den Gedanken, daß die Zerebrospinalflüssigkeit, weniger komplex als das Blut, sich besser für diese Wirkung eignete. Verf. konnte sich davon überzeugen, daß, wenn man einen Blutstropfen aus der Fingerbeere eines Epileptikers mitten auf fünfzehn Tropfen Zerebrospinalflüssigkeit eines anderen Epileptikers und vice versa fallen läßt, eine Hämolyse entsteht, daß dagegen die Probe negativ bleibt, wenn Blut und Zerebrospinalflüssigkeit eines und desselben Individuums in Kontakt kommen. D. h.: jede Zerebrospinalflüssigkeit enthält Substanzen, welche spezifisch auf einen anderen Epileptiker wirken, aber nicht auf seinen „Geber“.

Verf. hat sich daraufhin gefragt, ob nicht die Zerebrospinalflüssigkeit bei der Behandlung der Epilepsie therapeutisch nutzbar gemacht werden könnte. Zur Klärung dieses Punktes wurden zunächst zwei schwere Fälle von Epilepsie ausgewählt, bei denen die übliche Therapie wirkungslos geblieben war. Jedem der beiden Kranken wurden 30 ccm Spinalflüssigkeit entnommen, von denen sofort 3 ccm unter die Haut des anderen injiziert wurden. Gegen das Ende der Operation kam es zu Kopfschmerz, der in 24—48 Stunden sich verlor. Während der

nächsten drei Tage gab es keinen Anfall. In den zwei folgenden Wochen erhielten die Kranken vier weitere Injektionen und zeigten keinen einzigen Anfall. In der dritten Woche, als der Vorrat an Spinalflüssigkeit erschöpft war, begannen die Kranken einige Anfälle zu bekommen, aber diese waren viel leichter als die früheren Anfälle und boten nicht denselben Charakter: sie glichen mehr dem, was man mit „petit mal" bezeichnet.

Der Verlauf der Krankheit, die Intervalle zwischen den Anfällen, die Natur dieser, das Ausbleiben von Anfällen während mehrerer Wochen, die Besserung der Psyche und des Allgemeinzustandes der Patienten, all dies schien zu zeigen, daß die fragliche therapeutische Methode dazu berufen war, Erfolge zu zeitigen. Ermutigt durch die zwei ersten Fälle, behandelte Verf. auf gleiche Weise zwei andere Epileptiker, einen Mann von 39 Jahren und ein Mädchen von 11 Jahren. Bei diesem letzteren, das seit dem vierten Jahr epileptischen Anfällen unterworfen war, gestaltete sich das Resultat besonders beweiskräftig: bei diesem wurde von der Lumbalpunktion Abstand genommen, so daß die beobachtete Besserung nicht auf eine Evakuation von Spinalflüssigkeit bezogen werden kann (einige günstige Resultate wurden in der Tat bei Epilepsie nach wiederholten Lumbalpunktionen erzielt).

Wenn man bedenkt, daß früher die Kranken durch Monate und auch durch Jahre beträchtliche Mengen Brom und anderer Medikamente bekamen und daraus nur eine unbedeutende oder selbst gar keine Besserung gezogen haben, dann verdienen die mit der angezeigten Methode erzielten Ergebnisse jedenfalls Beachtung, wenn auch natürlich bei der noch viel zu kleinen Zahl der Fälle entscheidende Folgerungen noch nicht gezogen werden können.

H. Netter (Pforzheim).

Hale Powers, The rôle of gastric and intestinal stasis in some cases of epilepsy. (Boston med. and surgic-Journ. 1913, 7. August.) In 5 Fällen von Epilepsie zeigte die Röntgenuntersuchung gastro-intestinale Störungen: Enteroptose, Magenatonie oder eine mangelhafte Darmperistaltik. Letztere verursacht ja auch häufig Kopfschmerz, Schwindel und andere nervöse Störungen. Die Therapie hat in solchen Epilepsiefällen in Diät, Laxantien und Übungen zu bestehen. Kurt Mendel.

M. A. Rodiet, De la meilleure diététique dans le cas d'épilepsie dite „essentielle". (Gaz. des hôpit. 1913 Nr. 74.) Kaffee erzeugt bei Epileptikern eine starke, fast dauernde Blutdruckerhöhung. Nach dem epileptischen Anfall fand Verf. zuweilen — im Gegensatz zu Fleury und Féré — eine sehr ausgesprochene Blutdruckerhöhung; vor dem Anfall war konstant eine solche festzustellen. Getränke, Nahrungsmittel oder Medikamente, die den Blutdruck erhöhen, sind bei Epilepsie zu meiden. Vegetarische Diät ohne Kaffee oder mit koffeinfreiem Kaffee sei das anzuwendende Regime.

Kurt Mendel.

P. Redard, Du traitement chirurgical et orthopédique du mal de Little. (Le monde médical 1913, 5. September.) Verf. emp-

fiehlt die orthopädisch-chirurgische Behandlung bei Littlescher Krankheit, besonders bei Fällen, wo die Hirnfunktionen nicht zu stark daniederliegen. In sehr schweren Fällen Foerstersche oder Stoffelsche Operation. Kurt Mendel.

A. Rodiet, Contribution a l'étude du traitement de l'épilepsie par les ferments lactiques. (L'Encéphale 1913 Nr. 9.) Bei 4 Epileptikern hatte Verf. gute Erfolge mit vegetarischer Diät und Milchfermenten — Brom wurde fortgelassen — sowohl bezüglich der Zahl der Anfälle wie auch betreffs Allgemeinbefindens, Blutdrucks, Urins usw. Verf. will mit dieser Behandlung eine intestinale Desinfektion erzielen; er glaubt, daß die bestimmende Ursache des epileptischen Anfalls zumeist ein vom Magendarmtraktus ausgehender Reiz ist.

Kurt Mendel.

Kulhavý, Über Scharlach. (Revue v therapii etc. 1913 Nr. 4, böhmisch.) Auf Grund seiner Erfahrungen aus der Schulpraxis kommt Verf. zu Resultaten, die sich folgendermaßen wiedergeben lassen: Scharlach befällt hauptsächlich Kinder, aber nicht so ausschließlich wie Masern; eine Schulkrankheit katexochen ist er nicht, auch auf bestimmte Klassen beschränkt er sich nicht. Es scheint, daß zum Scharlach eine gewisse Disposition notwendig ist (wahrscheinlich familiär). Scharlach-Epidemien pflegen jahrelang zu dauern; dagegen verschwinden Masern nach einigen Monaten; ebenfalls attackenartiges Auftreten wie bei Masern kommt bei Scharlach nicht vor. Charakteristisch sind sog. return-cases englischer Autoren, die verhältnismäßig häufig — auch trotz sorgfältiger Desinfektion — auftreten. Übertragung geschieht nie durch eine gesunde Person oder einen Gegenstand. Auffällig ist auch, daß wir fast immer den Übergang der Epidemie nicht nachweisen können. — Die Mortalität nach Gottstein (35%) ist etwas zu hoch angeschlagen. — In der Inkubationszeit ist Scharlach nicht infektiös; ebenso im Desquamationsstadium, oder nur sehr wenig. Es scheint, daß auch Scharlach-Bazillenträger existieren, wie die erwähnten return-cases ein so häufig unerklärliches Auftreten einer Epidemie zeigen. Kontagium des Scharlachs ist sehr hartnäckig. — Hauptsächlich lenkt Autor die Aufmerksamkeit auf die Bazillenträger, die so oft unsere therapeutischen Erfolge zunichte machen.

Jar. Stuchlík (Zürich).

Arthur Collett, Paralysis generalis juvenilis. (Aus der Kinderabt. des Reichshospitals.) (Norsk Magazin for Lägevidenskaben 1913 Nr. 11.) Beschreibung eines typischen Falles bei einem 10 jährigen Knaben mit ausführlichem Sektionsbericht und Mikroskopie des Zentralnervensystems. Übersicht des Leidens.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

M. J. Rabinowitsch, Syphilis und Wassermannsche Reaktion bei Findlingen. (Dermatologica 1913. VIII.) Der Verf. machte im Themorschen Findelhause an 732 Findlingen 1108 Untersuchungen der Komplementbindungsreaktion. Die bei Säuglingen sehr häufige negative Reaktion wird dann nach einigen Monaten positiv, aus welchem Grunde in Fällen mit negativem Resultat die Reaktion nicht weniger als dreimal wiederholt werden soll. Die Ursache für dieses

Verhalten liegt im Fehlen von Komplement und Ambozeptor beim Kinde in den ersten Lebenswochen, während die die Komplementbindung hindernden Substanzen stark vermehrt sind. Die einzige Quelle für die hereditäre Übertragung der Syphilis sieht der Verf. in der Plazentarinfektion. J. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Pädiatrische Sektion der Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Berichterstatter: Schick, Wien.

Sitzung vom 4. Dezember 1913.

G. Weinländer: **Erythema multiforme bullosum in Pemphigus übergegangen.** Das Mädchen zeigte anfangs nur an den erythematösen Stellen Blasenbildung, später auch auf normaler Haut. Im Beginn der Erkrankung hohes Fieber. Daneben leidet Patient an rezidivierenden Gelenksrheumatismus mit Vitium.

Knöpfelmacher und Hahn: **Heimkehrfälle bei Scharlach.** (Vortrag.) Die Zahl der Heimkehrfälle (Infektion von Familienmitgliedern durch entlassene Rekonvaleszenten) nimmt bei genauen Erhebungen zu. So betrug die Zahl der Heimkehrfälle im Karolinen-Kinderspital 6—10%. Die Rekonvaleszenten übertragen die Erkrankung als „Virusträger". Dieses Virus ist entweder das der eigenen Erkrankung oder, was viel häufiger vorkommen dürfte, Virusmaterial, welches von neuen in die Scharlachabteilung aufgenommenen Fällen entstammt. Das Virus dürfte an unzugänglichen Orten zu suchen sein (Nasenrachenraum). Die einfache Isolierung der scharlachkranken Kinder durch 6 Wochen genügt also nicht. Es werden eigene Rekonvaleszentenzimmer oder Isolierung in Boxen empfohlen.

Sitzung vom 8. Januar 1914.

v. Reuss und M. Zarfl: **Chronische Laktosurie seit der Geburt.** Das jetzt 3 Monate alte Kind war bei der Geburt 2250 g schwer, schwächlich, was vielleicht mit einer tuberkulösen Erkrankung der Mutter zusammenhängt. Am 3. Tage Melaena, die ausheilte. Das Kind zeigt nur allmähliche Zunahme bei Frauenmilchernährung und scheidet andauernd Laktose aus.

B. Sperk: **Morbus Barlow.** Ätiologisch unklarer Fall mit typischem röntgenologischen Befund an den Oberschenkelknochen. Ernährung mit den üblichen Milchmischungen. Seit wenigen Tagen Kohlehydratzufuhr in Form von Nährmehlen. Das Kind ist stark untergewichtig, stammt von einer tuberkulösen Mutter, weist aber bis jetzt noch keine Zeichen von Tuberkulose auf.

Rossiwall: **Pyaemische Hauterscheinungen nach Scharlach.** Die bei der Demonstration schon in Rückbildung begriffenen Effloreszenzen erinnerten in ihrem Aussehen außerordentlich an Tuberkulide. Die histologische Untersuchung ergab aber einfach entzündliche Veränderungen.

H. Januschke: **Kardialer Hydrops verbunden mit Aszites auf zirrhotischer Grundlage.** Der 5jährige Knabe kam schwer dekompensiert mit allgemeinem Hydrops zur Aufnahme.

Am Herzen 3teiliger Rhythmus, Dilatation. Die allgemeinen Ödeme gingen auf Digifolinbehandlung (subkutan 3 mal täglich 0,1) schön zurück. Der Aszites blieb jedoch bestehen. Die Leber ist als außerordentlich harter Tumor stark vergrößert zu tasten. Anamnestisch konnte diese Zirrhose mit durchgemachten Infektionskrankheiten (Scharlach, Diphtherie) zusammenhängen oder auf Alkohol zurückzuführen sein, da Patient vor 3 Jahren zur Stärkung durch ein halbes Jahr täglich $^1/_8$ Liter schwarzes Bier bekam. Unter der Annahme einer hepatogenen



Ätiologie der Lymphgefäßstauung wurde Calomel als Diureticum verabreicht, das nach Fleckseder die Resorption der Darmsekrete von den Lymphwegen durch Abdichtung der Lymphwege in die Blutbahn ablenkt. Die in das Blut gelangte Flüssigkeit läuft sozusagen in der Niere über. Die Calomeltherapie setzt eine gewisse Funktionstüchtigkeit des Herzens und der Niere voraus. Im vorliegenden Falle führte die Therapie zu einem vollkommenen Erfolg.

H. Mautner: **Chronische Bronchitis durch eine bisher nicht beschriebene Moniliaart bedingt.** 5 jähriges Mädchen mit negativer Tuberkulinreaktion litt an fieberhafter chronischer Bronchitis mit eigentümlich malachitgrün gefärbtem Sputum. In diesem fanden sich Soor ähnliche Pilze. Die Züchtung des Pilzes gelang leicht. Er unterscheidet sich leicht von dem gewöhnlichen Soorpilz (vergärt z. B. Zucker). Bei Tieren wurde Knötchenbildung in der Niere beobachtet. Die Ätiologie der Erkrankung ist nicht sicher festgestellt. Möglicherweise kam die Infektion durch Spielen mit einer Turteltaube zustande.

Froschels: **Das Wesen des Stotterns.** Das Stottern hat einen chronischen oder tonischen Charakter. Bei ersterem wird eine Silbe oder ein Wort mehrmals wiederholt. Beim zweiten wird die Aussprache der Silbe oder des Lautes verlängert. Bei normalem Sprechen erfolgt die Einatmung rasch und die Ausatmung langsamer, beim Stottern ist die Ausatmung unregelmäßig, und der Kranke verschwendet dabei viel Atemluft. Im Beginn des Stotterns ist noch keine Atemstörung vorhanden. Ein charakteristisches Kennzeichen des echten Stotterns ist eine Aufblähung der Nasenflügel. Die meisten Stotterer können flüsternd oder singend normal sprechen. Verf. kennt einen schweren Stotterer, der Volkssänger ist. Manche Stotterer zeigen Mitbewegungen in anderen Muskeln (Augenmuskeln, Sprechwerkzeuge). Im letzteren Falle werden Laute, Silben oder Worte in die Rede eingefügt. Häufig findet man Fazialisphänomen. Das initiale Stottern bei Kindern ist eine sensorische Erkrankung. Es fehlt der Ausdruck oder der Gedanke bei vorhandener Sprechlust. Analog verhält sich das Verlegenheitsstottern bei Erwachsenen. Das Stottern ist zuerst klonisch. Es wird erst tonisch durch Bemühung des Patienten, Stottern zu überwinden.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Pädiatrische Sektion. Offizielles Protokoll vom 9. Februar 1914.

(Nach D. m. W.)

Vorsitzender: A. Baginsky; Schriftführer: Erich Müller.

1. Heinrich Barth (a. G.): **Untersuchungen zur Physiologie des Saugens bei normalen und pathologischen Säuglingen.** Verf. hat an einer Reihe von Fällen den Saugakt normaler und sogenannter trinkfauler Brustkinder untersucht. Anzahl und Höhe der einzelnen Druckschwankungen, Druckmaximum spielen nur eine untergeordnete Rolle für die Erzielung eines ausreichenden Effektes. Maßgebend hierfür ist vor allem ein genügend hoher „Prädilektions"- oder „Vorzugsdruck", das ist derjenige Druck, der von dem Kind während des Saugaktes immer wieder eingestellt wird, oder der, einmal eingestellt, während des ganzen Vorganges fast konstant eingehalten wird. Das gesunde Kind reguliert diesen Druck nach der von der Brust jeweils geforderten Höhe; bei dem trinkfaulen, dessen Saugtypus als solcher nichts Charakteristisches zeigt, ist vor allem diese Anpassung gestört. Dagegen zeigen diese Kinder oft gute Muskelleistungen. Daraus geht mit Wahrscheinlichkeit hervor, daß die Trinkfaulheit nicht muskulären Ursprungs ist, sondern daß sie in einem ungenügenden Funktionieren des komplizierten Saugreflexmechanismus ihre Ursache hat.

2. Fritz Lesser: **Über familiäre Syphilis, zugleich ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa** (mit Krankendemonstrationen). Die Keratitis parenchymatosa ist wohl ausschließlich syphilitischer Natur; Tuberkulose begünstigt nicht einmal die Entstehung einer Keratitis parenchymatosa bei hereditär-syphilitischen Kindern. Antisyphilitische Kuren wirken unsicher, das Ergriffenwerden des anderen Auges wird fast nie verhütet.



Die klinisch gesunden Mütter syphilitischer Neugeborener geben fast stets positive Wa.R., die Immunität dieser sog. Collesschen Mütter ist durch ihre latente Syphilis zu erklären. Ob die Mütter direkt vom Vater infiziert werden oder von der a patre syphilitischen Frucht (= spermatische Infektion der Frucht), ist zurzeit unentschieden. Es werden doppelt soviel syphilitische Kinder geboren, als sich in den ersten Lebensjahren klinisch als syphilitisch offenbaren. Die in 50% latente Syphilis der Neugeborenen verdient Berücksichtigung bei der Ammenfrage. Nicht die Intensität der kindlichen Lues, sondern die Häufigkeit der Übertragung nimmt ab proportional der Reihenfolge der Geburten (i. e. proportional dem Alter der mütterlichen Syphilis). Mütter mit positiver Wa.R. gebären häufig noch 6—12 Jahre nach der Infektion syphilitische Kinder, weshalb Patientinnen mit positiver Wa.R. im Hinblick auf die Nachkommenschaft der Ehekonsens zu versagen ist. Die positive Wa.R. der Väter scheint weniger verhängnisvoll für die Nachkommenschaft zu sein.

3. Richard Hamburger: **Zur Vakzinebehandlung der kindlichen Gonorrhoe.** Auf die Injektionen der Gonokokkenvakzine reagierten die Kinder in als spezifisch anzusehender Art, die sich in den Leukozytenwerten, den Herdreaktionen, mitunter vermehrtem Ausfluß mit verstärkter Gonokokkenausscheidung, — bei den nur vakzinierten Kindern mußte wegen des massigen Ausflusses die Lokalbehandlung zu Hilfe genommen werden — und in einer Annäherung an einen Fiebertyp (Zacke am Abend und Nachzacke am nächsten Tage) äußerte, der mehrfach als charakteristisch beschrieben wurde. Nach anfänglich anscheinend schnellerem Verschwinden der Gonokokken aus den Sekreten mußte man sich durch vielfache Untersuchungen überzeugen, daß die Scheiden- und Urethralgonorrhoe im wesentlichen unbeeinflußt blieb und die Erreger in wechselnden Mengen nachweisbar waren. Alleinige Vakzinebehandlung der Vulvovaginitis der Kinder ist absolut unzureichend zu einem Erfolge, die Unterstützung bei Lokalbehandlung unwesentlich. Selbst wenn man die Gefahren bei der intravenösen Injektion der Gonokokkenvakzine vermeidet, also nicht schadet, so ist das Problem der definitiven Heilung — darunter versteht Verf. das dauernde Verschwinden der Gonokokken — durch Vakzinierung bei Vulvovaginitis genorrhoica der Kinder nicht zu erreichen.

Diskussion. Eckert: Nach den Ausführungen des Vortragenden besitzen wir keine schnell wirksame Therapie gegen die gonorrhoische Vulva-Vaginitis der Kinder, und wir müssen mit einer langen, monatelangen Krankheitsdauer rechnen. Da ist es gewiß berechtigt, an eine Behandlung zu erinnern, die in der Familie durchgeführt werden kann und die den Patienten einigermaßen unabhängig vom Arzte macht; es ist die von Heubner angegebene Methode der Protargolbehandlung. Die Kinder werden mit stark angezogenen Knien so gelagert, daß die Vulva horizontal steht, dann werden die Labien entfaltet und das Protargol eingeträufelt. Die Methode ist schmerzlos, kann in der Familie oft — zweistündlich — am Tage durchgeführt werden und verbürgt zumindest eine sonst kaum zu erreichende Sauberkeit.

Erich Müller: Bei den unbefriedigenden Erfolgen der lokalen Therapie der Vaginalgonorrhoe kleiner Mädchen haben wir im Waisenhause Rummelsburg auch die Vakzinebehandlung versucht, obgleich sie eigentlich von vornherein mehr gegen die Komplikationen der Gonorrhoe, wie die Gelenkschwellungen u. a., empfohlen war. Wir haben 13 Kinder mit Arthigon behandelt, davon 6 ohne Erfolg und 7 mit dem Resultat, daß nach 3—9 Wochen klinisch der Ausfluß verschwunden war, und mikroskopisch Gonokokken bei wiederholter Untersuchung nicht mehr nachgewiesen werden konnten. Die Kinder wurden dann entlassen, und es ist durchaus möglich, daß die Gonorrhoe später noch einmal manifest geworden ist. Man muß ja mit dem Ausdruck „Heilung" gerade bei der Vaginalgonorrhoe der Mädchen sehr vorsichtig sein. Immerhin ist es aber doch Tatsache, daß wir bei diesen 7 Mädchen ohne jede lokale Behandlung im Verlaufe weniger Wochen durch 6 bis 8 intramuskuläre Injektionen von Arthigon, also einer polyvalenten Gonokokkenvakzine, zum mindesten das gleiche erreicht haben, was wir auch sonst wohl durch die doch sehr viel peinlicheren und unangenehmeren Protargoleingießungen (nach Heubner) erzielen. Die Einspritzungen verursachen mehr oder wenige hohe, kurze Temperatursteigerungen und sind auch öfters etwas schmerzhaft, aber sie sind durchaus unbedenklich. Vielleicht bringt die Verwendung von Auto-Vakzins bei den refraktären Fällen noch bessere Resultate.



A. Czerny: Wir haben ebenfalls eine ähnliche Methode versucht, aber schließlich aufgegeben, weil wir nicht klar darüber waren, ob sie für die Heilung der Gonorrhoe einen Fortschritt bedeutet. Was die Heilungsmöglichkeit anbelangt, so halten wir nach mannigfaltigen Versuchen dafür, eine Gonorrhoe nahezu nicht anders zu behandeln, als indem wir lediglich für Sauberkeit sorgen, für Entfernung des Eiters und Schutz des Genitalsystems, damit der Eiter nicht verschleppt wird, und wir haben immer wieder gesehen, daß solche scheinbar unbehandelten Gonorrhoen nicht länger dauern als die, die wir nach irgendeiner Methode, die jeweils angegeben wurde, behandelt hatten. Und wenn man das berücksichtigt, so müssen wir zugeben, daß die Gonorrhoe der kleinen Mädchen eine große Tendenz auszuheilen hat. Das muß berücksichtigt werden, selbst wenn sich jetzt einmal eine Methode ergeben würde, die bessere Resultate ergibt. Es ist schwer zu sagen, wie lange eine Gonorrhoe besteht. Wir haben manchmal bei der und jener Methode Fälle gesehen, wo nach ein paar Wochen scheinbar ein vollständiger Erfolg erreicht wurde, aber wir wagten es niemals, einen solchen Erfolg auf die Methode zu beziehen und zu sagen: das ist ein Erfolg einer bestimmten Therapie, weil wir niemals die Sicherheit hatten, daß die Angaben stimmten, daß die Gonorrhoe wirklich um die Zeit entstanden war, als sie entdeckt wurde. Wenn wir bedenken, mit welcher Gleichgültigkeit die Gonorrhoe in den niederen Volksschichten aufgefaßt wird, wie wenig die Kinder daraufhin beobachtet werden, so können wir kaum annehmen, daß immer der Tag, den Mutter oder Kind angeben, tatsächlich der Anfang der Krankheit gewesen ist. Und so glaube ich, daß diese Erfolge, die manchmal nach drei Wochen zu verzeichnen sind, sich auf Krankheiten beziehen, die früher schon bestanden haben und nicht beachtet wurden. Im großen und ganzen dreht es sich um zwei bis drei Monate, bis die erste Gonorrhoe erlischt und bis man ein Stadium erreicht, in dem eine Scheinheilung eintritt. Über das weitere: wann man eine Gonorrhoe bei kleinen Kindern als vollständig erloschen betrachten kann, möchte ich mich nicht äußern. Ich persönlich habe den Eindruck, daß es sich nicht um einen Bestand von vielen Jahren handeln kann, auch wenn nicht nachher behandelt wird. Es scheint hierbei sehr viel das Alter der Kinder mitzusprechen. Nach meinen eigenen Erfahrungen möchte ich sagen, daß die Gonorrhoe um so früher erlischt, je jünger das Kind ist, das die Gonorrhoe akquiriert hat. Manche Kinder akquirieren die Gonorrhoe bei der Geburt, wenn es sich um eine Steißgeburt handelt, denn merkwürdigerweise kommt bei Steißgeburten eine Infektion leicht vor, und diese Gonorrhoe, die wir in Prag sehr sorgfältig verfolgt haben, zeigt eine auffallend rasche Heilung und vollständiges Erlöschen, — wenigstens konnte mit unserer gewöhnlichen Methode weder eine Gonorrhoe provoziert werden, noch konnten später Gonokokken nachgewiesen werden, wenn man nach ein paar Monaten oder gar noch später nachsah. Bei älteren Mädchen, die wir in der Kinderklinik in Breslau und Straßburg beobachteten, sahen wir Fälle, bei denen es den Anschein hatte, daß auch nach längeren Perioden und Intervallen die Gonorrhoe wieder provoziert werden kann oder scheinbar spontan von neuem einsetzt und es daher fraglich wird, frühzeitig von einer definitiven Heilung zu sprechen. Also ich wage es nicht zu sagen, daß jede Gonorrhoe bald und definitiv erlöschen kann. Jedenfalls möchte ich nach dem, was ich selbst gesehen habe, an eine spontane Heilungsmöglichkeit der Gonorrhoe kleiner Kinder glauben.

A. Baginsky: Ich möchte die Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, auf die unerhörte Infektionsfähigkeit der Gonorrhoe hinzuweisen. Man hat im allgemeinen kaum eine Vorstellung davon, wie sehr die Gonorrhoe von Kind auf Kind übertragbar ist. Es ist vorgekommen, daß in manchen Krankenhäusern, ich möchte sagen von der Eröffnung an, trotz der besten Einrichtungen, die Gonorrhoe einmal eingeschleppt — jahrelang nicht wieder beseitigt werden konnte und sich von Bett zu Bett der kleinen Mädchen übertrug. So werden Sie vielleicht verfolgt haben, daß insbesondere auch in amerikanischen Krankenhäusern sehr schwere Dinge durch Übertragung von Gonorrhoe vorgekommen sind. Wir haben auch in Deutschland manches davon erlebt. Aber man hat es hier doch alsbald gelernt, sich vor dieser Infektion zu schützen. Wir haben vor einer Reihe von Jahren hier einen Fall gehabt, in welchem unser großer Robert Koch als Sachverständiger zugezogen, geradezu das Gewehr streckte, weil ihm nicht erklärlich war, wie die Übertragung stattfände; denn nach dem Laboratoriumverhalten der Gonokokken erschien es ihm gar nicht denkbar, daß diese Krankheit sich von Bett zu Bett weiter fortsetzte, so daß er an eine künstliche Übertragung dachte. Und doch stellte

sich heraus, daß durch Wäscheunterlagen, auch Nachtgeschirre usw. usw. und unvorsichtige Manipulationen die Krankheit weiter verschleppt worden war. Die Infektionsfähigkeit ist eben geradezu enorm. — Das zweite, was ich erwähnen möchte, ist, daß wir in der letzten Zeit die Beobachtung machten, auf die Hamburger hingewiesen hat, daß die Schmerzhaftigkeit bei der Vakzinebehandlung der Gonorrhoe mehr zum Vorschein kommt, als es früher beobachtet worden ist. Es mag dies Zufall sein, denn in einem Falle waren, noch bevor die Vakzinebehandlung begann, Schmerz und Fieber so intensiv, daß ich nicht von dem Gedanken loskam, es möge in der Tiefe im Abdomen ein sekundärer Abszeß vorhanden sein. Allerdings handelte es sich um einen Fall mit starker Eiterabsonderung. Was die Ausheilung der Gonorrhoe betrifft, so geht es mir damit fast so, wie mit der Heilung einer anderen Krankheit, nämlich der Chorea. Ich bin immer froh, wenn die Gonorrhoe anscheinend geheilt ist. Ob ich sie aber wirklich mit Mitteln ausgeheilt habe, wage ich niemals zu behaupten. Mit der Chorea geht es ebenso. Die Kranken liegen darnieder und nach Anwendung von Arsen oder anderen Medikamenten, subkutan und intern, erscheint die Affektion als ausgeheilt. Ob wirklich die Medikamente das Heil brachten, weiß man nicht. So geht es auch mit der Gonorrhoe. Die Fälle klingen ab, und man ist froh, sie los zu werden. Ob Bäder, Spülungen usw. irgend etwas nützen, steht dahin, ich habe niemals mit Sicherheit behaupten können, daß dies der Fall gewesen ist, freute mich, wenn es besser ging, so daß ich die Kinder entlassen konnte. Ich stehe also nach der Richtung ganz auf dem Standpunkte des Kollegen Czerny. Was wir mit unseren Vakzinationen erreichen, haben die Mitteilungen von Hamburger gezeigt; dabei dürfen wir nicht verkennen, daß die Injektionen immerhin eine Quälerei für die Kinder sind; und doch haben wir so gut wie gar keinen Effekt gesehen. Es ist ja möglich, daß noch weitere Beobachtungen zu etwas besseren Ergebnissen führen; vorläufig ist nicht erreicht, was man von einer Vakzinebehandlung erwarten konnte.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Gluck: **Totalexstirpation der Trachea bis zur Bifurkation wegen primären Trachealkarzinoms.** Wir haben in unserer Privatklinik seit vielen Jahren Trachealresektionen aus verschiedenen Gründen ausgeführt, u. a. bei postdiphtherischen Zuständen, wegen Narben-Stenosen und -Obliterationen, dann wegen Sarkoms des Trachelrohrs, ferner wegen karzinomatöser Struma, welche mit dem Larynx und der Trachea zusammengewachsen war, wo wir in einem Falle sieben Trachealringe mit dem Kehlkopf und der Struma entfernt haben und die Patientin seit sieben Jahren vollkommen gesund und geheilt geblieben ist. Aber auch die Rezidive nach Laryngektomie, welche den Trachealstumpf ergriffen, zwangen uns, Trachealresektionen zu machen, welche in das Jugulum hineingingen. Dabei überzeugten wir uns, daß, wenn wir das Präparat umschnitten, den Isthmus der Schilddrüse gespalten, die Schilddrüse nach beiden Seiten von dem Trachealrohr abgelöst hatten, wenn wir das Präparat mit Halteschlingen und Péans fixiert hatten, wir dann in der Lage waren, die Trachea mit der Kocherschen Sonde sehr bequem aus der Tiefe herauszuheben. Sie folgte wie eine Harmonika nach, so daß wir immer die Vorstellung hatten, daß, wenn es uns gelänge, eine Indikation für eine Totalresektion der Trachea bis zur Bifurkation zu finden, technische Schwierigkeiten nicht vorlägen. Wir haben nun zufällig zwei derartige Fälle zur Operation bekommen; einen hat Kollege Soerensen operiert, einen habe ich selbst am 15. September operiert. Beide Fälle zeichneten sich dadurch aus, daß man mit dem Bronchoskop — den einen Fall hat Dr. Wagner, den anderen Prof. Dr. Heymann untersucht — den Tumor sah, wie er das Tracheallumen sehr erheblich verengte, bis zu asphyktischen Zuständen. Im März oder April dieses Jahres konnte bronchoskopisch so viel von dem Tumor entfernt werden, daß der Patient zu atmen vermochte und zufrieden war. Dann trat ein Rezidiv auf, die Atmung wurde wieder schlechter, man konnte aber nicht genau messen, wie tief nun das Karzinom nach der Bifurkation hinunterreichte. Aus diesem Grunde haben wir zehn Tage vor der Hauptoperation eine Tracheotomie tief im Jugulum angelegt, und als die per primam geheilt war, haben wir nochmals bronchoskopisch unter-



sucht, und darauf sind wir zur Totalexstirpation der Trachea geschritten. Wir haben die Trachea bis zur Bifurkation entfernt. Wir haben schließlich die Bifurkation mit einer Klammer erfaßt und die ganze Partie emporgehoben. Es wurde schrittweise die Trachea abgetrennt, und die beiden Hautlappen in der Tiefe an den Stumpf der Trachea genäht, indem ein Assistent die Hautlappen in der Tiefe versenkte und die Bifurkation anzog, während ein anderer die Ligaturen anlegte und die Bifurkation mit der äußeren Haut, soweit es anging, vereinigte. Es war nun nicht möglich, die ganze Trachealzirkumferenz mit Haut auszutapezieren. Sie werden sich überzeugen, daß die vordere Wand des Ösophagus frei liegt. In diesem Falle ist nun der eine Recurrens verletzt worden, während in dem anderen Falle die beiden Recurrentes unverletzt geblieben sind. Patient trägt ein einfaches Drainrohr, welches von der Bifurkation bis zur Rima glottidis geht, er kann mit dieser Prothese ausgezeichnet sprechen und hustet auch dadurch. Die künstliche Trachea funktioniert also. Wenn wir in der Lage gewesen wären, das ganze Rohr kutan wieder zu ersetzen, hätte er ja eine Prothese nicht nötig gehabt. Ich kann Ihnen bei diesem Kinde eine solche teilweise kutane Ersetzung der Trachea demonstrieren; Sie werden sich überzeugen, wie gut es spricht. Ich darf noch erwähnen: hiermit würde die Grenze erreicht sein, bis zu der wir operativ vorgehen und Tumoren und Trachea entfernen können. Über diese Grenze hinaus kommen wir nicht an die Bronchien heran. Nun werden Sie sich vielleicht entsinnen, daß ich vor einer Reihe von Jahren empfohlen habe, bei Zuständen, wo es nicht mehr möglich ist, den Patienten durch die Tracheotomie oder durch andere Operationen zu helfen, eine sogenannte Lungenfistel anzulegen, um eine retrograde Atmung zu erzielen. Wir haben vor einigen Tagen von Geheimrat Killian einen Patienten mit einem Aneurysma bekommen, der seit Juni 1912 gradatim immer schwerere Oppressionserscheinungen darbot und sich in den letzten Wochen in einem sehr desolaten Zustande befand. Bronchoskopisch hat Geheimrat Killian nachgewiesen, daß die Lumina der Bronchien ganz verengt waren. Es bestand eine kolossal profuse eitrige Sekretion. Patient konnte nicht mehr expektorieren und bekam öfter Erstickungsanfälle, die bis zur Bewußtlosigkeit führten. Nun haben wir uns entschlossen, in diesem Zustande eine Lungenfistel anzulegen; aber bei der Operation — wir nahmen die 7. und 8. Rippe in einer Ausdehnung von 12 cm weg — riß infolge des schweren Allgemeinzustandes und der furchtbaren Atembewegungen die Pleura ein und Patient wurde bewußtlos. Wir zogen die Lunge sofort vor und nähten die vorgezogene Lunge fest an die Pleura an. Wir machten also eine Pneumopexie und eine Pneumorhaphie. Patient wurde ins Bett gebracht und war tief bewußtlos. Als er erwachte, holte er tief Luft und rief aus: Jetzt bin ich gesund, ich habe wieder Luft! Seit dem Augenblick hat er zu unserer allseitigen Überraschung keine Beschwerden mehr, er atmet vollkommen frei, so daß ich mir den Zustand nicht erklären kann. Es ist heute der vierte Tag. Was kann passiert sein? Wir haben durch die Pneumopexie eine Broncholysis gemacht. Das Gewebe ist ja elastisch; wäre es ein Karzinom, ein Tumor, so wäre es wohl nicht denkbar. Durch diesen energischen Zug an der Lungenwurzel haben wir die Lunge derartig fixiert und die Bronchien derartig aus der Umschließung der Aorta hervorgezogen, daß der Patient vollständig frei atmet. Ob nun dieser Zustand lange andauern wird, kann ich nicht sagen; aber die Operation hat ihm geholfen wie eine Tracheotomie: er ist vollkommen frei von allen Beschwerden. Sollten wieder Stenosengeräusche auftreten, so würde ich eine Lungenfistel anlegen. (Demonstration der Patienten.) Da wir nun in der Lage sind, eine solche Trachealresektion auszuführen, so kann man folgendes mit Fug und Recht behaupten. Diejenigen Karzinome des Ösophagus, welche weiter als 15 — also etwa 16 oder 17 — cm von der Zahnreihe hinunterreichen, kann man nicht mehr von oben operieren, sondern man muß sie entweder unoperiert lassen oder eine Ausschaltungsoperation machen, wie Sie sie auf diesen Tafeln sehen. (Demonstration.) Wenn es nun aber, wie ich hier bewiesen habe, möglich ist, die ganze Trachea bis zur Bifurkation zu exstirpieren, so werden wir auch in der Lage sein, transtracheal den Ösophagus zu resezieren, und zwar etwa bis 26 cm hinter der Zahnreihe. Sie brauchen nur, ähnlich wie wir es hier bei der Trachea gemacht haben, quer zu resezieren; dann können Sie einen Abschnitt des Ösophagus bis zu dieser Tiefe mit großer Sicherheit entfernen. Ich habe vor acht Wochen eine Patientin operiert, die ein Karzinom hatte, welches 18 cm hinter der Zahnreihe begann. Ich habe eine Magenfistel und eine Ösophagusfistel angelegt und sie mit einem Trichter vereinigt. Die Operation ist in einer

Sitzung gemacht worden. Die Patientin schluckt jetzt durch den Trichter in den Magenschlauch. Nun habe ich vor, transtracheal den Ösophagus zu resezieren, und zwar 18 bis 20 cm hinter der Zahnreihe. Aber das ist eine Sache der Zukunft. — Dieser Knabe (Demonstration) ist wegen einer vollständigen Narbenstenose des Kehlkopfes tracheotomiert worden. Er war verschiedentlich operiert worden, und zwar ohne jeden Erfolg. Er hatte zwei Jahre lang in der Charité gelegen, und wir bekamen ihn in diesem Zustande zur Operation. Wir haben ihm das ganze Narbengebiet radikal operiert. Es waren dann zwei Tracheallumina vorhanden, die wir wegen der Größe des Defektes nicht zusammenbringen konnten. Infolgedessen habe ich zwei zurechtgeschnittene Hautlappen auf der vorderen Ösophaguswand aufgesetzt, so daß ein kutanes Trachealrohr von der Arygegend bis zu dem unteren Luftröhrenquerschnitt gebildet ist. Die Trachealfistel, die Sie noch sehen, kann ich jederzeit durch eine einfache Plastik schließen. Der Patient war vollkommen aphonisch und hatte die schwersten Reflexe. Man kann natürlich auch eine Knorpelplastik machen. — (Demonstration.) Dieses Präparat stammt von einem $2^1/_4$jährigen Kinde, bei dem ich eine ähnliche Operation wie bei dem Knaben gemacht habe. Das Kind ist nach 10 Monaten an allgemeiner Tuberkulose gestorben, so daß ich das Präparat gewinnen konnte. Hier liegt in dem neugebildeten häutigen Trachealrohr ein Stab. Wir könnten also jetzt diese Fistel plastisch schließen. Der Kanal ist geblieben. Hier ist die Trachea, hier der Rest des Kehlkopfes, hier das Tracheallumen, das ich gebildet habe. Hier sehen Sie ein Präparat von einer karzinomatösen Struma, die in die Trachea durchgewachsen ist. (Demonstration.) Dieses Karzinom lag im Mediastinum posticum. In dem Karzinom sehen Sie noch Trachealringe. Hier sehen Sie die Hälfte des Präparats von diesem Manne; die andere Hälfte ist zur mikroskopischen Untersuchung verwandt worden. (Demonstration.) Wenn Sie den Patienten mit dem Spiegel untersuchen, so sehen Sie in den rechten Bronchus hinein. Ich glaube, daß die Möglichkeit, bis zu dieser Tiefe Karzinome der Trachea zu exstirpieren und in dieser Weise durch eine Pneumopexie oder Pneumorhaphie eine Linderung oder ein Kupieren der Bronchostenose zu erzielen, eine Erweiterung unseres ärztlichen Könnens auf diesem Gebiete bedeutet.

(Berliner Gesellschaft für Chirurgie, 27. Oktober 1913.)

Christian Schöne: **Berechnung der für den Menschen minimal tödlichen Dosis von Diphtherietoxin.** Von Römer in Marburg ist eine Methode zum Nachweis kleiner Mengen von Diphtherietoxin angegeben worden. Er hat Meerschweinchen intrakutan mit starken Verdünnungen des Toxins injiziert und dabei diejenige Menge als Reizdosis angenommen, bei welcher nach einigen Tagen eben Nekrose der Haut auftritt. Diese Methode ist im besonderen auch zum Nachweis sehr kleiner Mengen Antitoxin verwendet worden. Bei Untersuchung mehrer Toxine fand Römer, daß die intrakutane Reizdosis den 500. Teil der maximal tödlichen für Meerschweinchen von mittlerem Gewicht beträgt. Ich ging nun von der Überlegung aus, daß die intrakutane Reizdosis vielleicht überhaupt für alle Tiergattungen einen ganz bestimmten Teil der minimal tödlichen ausmachen könnte. Wenn es gelänge nachzuweisen, daß für alle untersuchbaren Tiergattungen die intrakutane Reizdosis in einem bestimmten Verhältnis zur minimal tödlichen Dosis steht, dann wird man auch beim Menschen, bei dem man die intrakutane Reizdosis feststellen könnte, diesen Schluß ziehen dürfen. Es wurden also bei Ratten, Mäusen, Meerschweinchen, Kaninchen, Hunden, Katzen, einem Hammel und einem Ziegenbock und schließlich beim Menschen die intrakutan deutlich wirksame Dosis festgestellt. Bei den meisten dieser Tierarten wurde sodann die minimal tödliche Dosis bestimmt und gefunden, daß diese stets das 150- bis 200-fache der intrakutanen Reizdosis berechnet auf 100 g Körpergewicht darstellt. Im Gegensatz zu den Tieren ist beim Menschen die Höhe der intrakutanen Reizdosis sehr vom Lebensalter abhängig. Diese Beobachtung entspricht auch der klinischen Erfahrung über die Empfänglichkeit der Menschen verschiedenen Lebensalters für spontane Erkrankungen an Diphtherie. Hieraus wäre also die minimal tödliche Dosis für den Menschen berechnet. Man kann nun weiter bestimmen, welche Antitoxinmengen zur Neutralisierung der intrakutanen Reizdosis erforderlich sind. Da sich Toxin und Antitoxin nach dem Gesetz der Multipla sättigen, so könnte damit weiter die zur Neutralisierung der minimal tödlichen Dosis notwendige Menge Antitoxin berechnet werden. Bei den Tierexperimenten zeigten



die Katzen eine besonders gute Gleichmäßigkeit der Reaktion. Sie würden nach ihrem Körperbau besonders dazu geeignet sein, die zu Heilerfolgen notwendigen Mengen Antitoxins bei Anwendung intramuskulärer Injektionen zu bestimmen.
(Mediz. Verein in Greifswald, 18. Juli 1913.)

III. Neue Bücher.

Fortschritte der Hygiene 1883—1913. Unter Mitwirkung von Professor Dr. Grober, Prof. Dr. A. Keller, Prof. Dr. Kemsies, Prof. Dr. Nietner, Prof. Dr. Sommerfeld. Herausgegeben von Dr. med. S. Kreiss, Berlin W. 10, Linkstr. 25 (im Selbstverlage des Herausgebers) 1914. 8°. 304 S. Preis 4.— Mk.

Das Werk enthält auf wissenschaftlicher Grundlage in leicht verständlicher Darstellung eine umfassende Übersicht über das Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege und sozialen Hygiene. Es will, wie der Herausgeber in seinem Vorwort ausführt, nicht nur dem Fachmann, sondern auch weiteren Kreisen ein brauchbarer Führer sein, der über die Fortschritte der Hygiene auf den verschiedensten Gebieten und deren Nutzbarmachung im Interesse unserer Volkswohlfahrt in zuverlässiger Weise unterrichtet.

Diesem Zwecke entsprechend sind in dem Werke die verschiedenen Gebiete der Hygiene: Die Hygiene der ersten Lebensjahre, die Fortschritte der Schulgesundheitspflege, die Gewerbehygiene, das Krankenhauswesen sowie das wichtige Gebiet der Tuberkulose und ihrer Bekämpfung in ausführlicher, dabei auch dem Laien leicht verständlicher Weise nach dem gegenwärtigen Stand von Gesetzgebung und Wissenschaft dargestellt. Die große Bedeutung des Werkes ergibt sich schon aus den Namen der Mitarbeiter. Jedes Gebiet ist von einer anerkannten Autorität behandelt, wodurch die sichere Gewähr für eine absolut zuverlässige, den Anforderungen der Wissenschaft entsprechende Bearbeitung gegeben ist. Das Buch, dessen billigen Preis wir besonders hervorheben, verdient die weiteste Verbreitung.

Jankau, **Taschenbuch für Ohren-, Nasen- und Halsheilkunde.** Huber in Diessen. Preis 6.— Mk.

Zum 12. Male erscheint dies kleine Handbuch, das jedem, der sich mit diesen Gebieten zu beschäftigen hat — auch der Kinderarzt tut es täglich — gute Dienste leistet. Enthält es doch eine Fülle von Material zum Nachschlagen, zahlreiche Daten, Ratschläge, Winke usw., die der Herausgeber recht geschickt zusammengestellt hat. Grätzer.

Nobécourt, **Cardiopathies de l'enfance.** Paris, O. Berthier.

Das 260 Seiten starke Büchlein enthält in 12 Kapiteln alles das, was über das Herz und die Herzaffektionen bei Kindern zu wissen nottut. Der Autor gibt mit kurzen Worten eine ausgezeichnete Darstellung, und der Leser findet viel Interessantes und Anregendes. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

1. **Barth, H.,** Untersuchungen zur Physiologie des Saugens bei normalen und pathologischen Brustkindern (Berlin). — 2. **Bührer, C. E.,** Fall von amniotischer Amputation (Berlin). — 3. **Dunajewsky, J.,** Angeborener Tibiadefekt (München). — 4. **Ebert, R.,** Über Luxatio humeri congenita (Würzburg). — 5. **Frankenstein, C.,** Beiträge zur Masernerkrankung aus der Freiburger Masernepidemie im Jahre 1912 (Freiburg). — 6. **Hanau, A.,** Neuere Diphtherienährböden (Straßburg). — 7. **Holtz, G.,** Das Karzinom im jugendlichen Alter mit besonderer Berück-



sichtigung des Ovarialkarzinoms (Greifswald). — 8. **Huettig, C.**, Erfahrungen der fleischlosen Kost bei heranwachsenden Kindern (Berlin). — 9. **Kach, F.**, Einfluß der natürlichen Ernährung auf die Verhütung der Rachitis (München). — 10. **Kurissis, J.**, Fall von angeborener Kyphose und Rachisisis (München). — 11. **Lewe, A.**, Zur Symptomatologie und Therapie der Chorea minor (Kiel). — 12. **Liebermann, M.**, Geburtsverletzungen der Kinder (Berlin). — 13. **Misch, W.**, Zur Ätiologie und Symptomatologie des Hydrozephalus (Berlin). — 14. **Munwes, Br.**, Einfluß der Diät auf das Auftreten der Nephritis bei Scharlach (Straßburg). — 15. **Reichenbach, F.**, Gewichtsstürze bei Säuglingen (Leipzig). — 16. **Scharnke, A.**, Enuresis und Spina bifida occulta (Straßburg). — 17. **Schmidgall, G.**, Bakteriologische Untersuchungen über die Scheidenflora neugeborener Mädchen (Straßburg). — 18. **Schmidt, A.**, Über 4000 g schwere Kinder (München). — 19. **Schomann, H. A.**, Veränderungen des Hornhautzentrums bei angeborenen Hornhauttrübungen (Rostock). — 20. **Schulze, O.**, Nachprüfung des von Conradi angegebenen Öltropfverfahrens zum Nachweis von Diphtheriebazillen (Jena). — 21. **Sighart, A.**, Arterienthrombose nach Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters (München). — 22. **Speisebacher, R.**, Paratyphusbazillenbefunde und paratyphöse Erkrankungen im frühen Kindesalter (München). — 23. **Thieme, J.**, Zwei geheilte Fälle von Luxatio coxae congenita durch künstliche Nearthrosenbildung mit Pfannendachentwicklung vom Periost und der Gelenkkapsel aus (Heidelberg). — 24. **Völsing, O.**, Fall von angeborener Oberschenkelmißbildung im Sinne von Coxa vara congenita (Berlin). — 25. **Wischhusen, R.**, Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoea neonatorum (Berlin).

Bei der Redaktion eingegangene Bücher.

(Besprechung vorbehalten.)

Neter, E., Das einzige Kind (München, O. Gmelin). — **Liebmann,** Vorlesungen über Sprachstörungen. Heft 9: Psychische Behandlung von Sprachstörungen (Berlin, O. Coblentz). — **v. Planta,** Das kranke Kind und das Klima der Hochalpen (Berlin, Allgem. med. Verlagsanst.). — **Neter, E.**, Arzt und Kinderstube (München, O. Gmelin). — **Engelen,** Gegen die Massenerziehung und Vielwisserei in der Schule (München, O. Gmelin). — **Rott,** II. Preuß. Landeskonferenz für Säuglingsschutz (Berlin, G. Stilke). — **Tugendreich,** Vorträge über Ernährung und Pflege des Kindes (Stuttgart, F. Enke). — **Bauer,** Methodik der biologischen Milchuntersuchung (Stuttgart, F. Enke). — **Sittler, P.**, Die exsudativ-lymphatische Diathese (Würzburg, C. Kabitzsch). — **Kalender** für heilpädagogische Schulen und Anstalten (Halle, C. Marhold). — **Möller,** Zehnminuten-Turnen (Leipzig, B. G. Teubner). — **Raimondi,** Puériculture et Pouponnières (Paris, Baillière & Fils). — **Jochmann,** Der Schweißfriesel (Wien, A. Hölder). — **Roetzer,** Die Säuglingssterblichkeit in Altbayern (München, Duncker & Humblot). — **Koeppe,** Säuglingssterblichkeit und Geburtsziffer (Wien, A. Hölder). — **Krafft,** Die medizinische Wissenschaft im Dienste der Taubstummenbildung (Königsberg, Gräfe & Unzer). — **Michaelis,** Impfgesetz für das Deutsche Reich (Leipzig, Reclam). — **Rothé,** Sonder-Elementarklassen für sprachkranke Kinder (München, Fr. Seybold). — **Trömner,** Hypnotismus und Suggestion (Leipzig, Teubner). — **Klingmüller,** Kinderekzeme (Halle, Marhold). — **Marholds** Bücherei: „Robinson“, „Ein Korb voll Kirschen“ (Halle, Marhold). — **Verhandlungen** des 3. deutschen Jugendgerichtstages (Leipzig, Teubner).

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Im Kaiserin Auguste Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ist am Tage seines fünfjährigen Bestehens, am 4. Juni, ein Museum für Säuglingspflege mit einer Ansprache des Vorsitzenden des Kuratoriums, Kabinettsrat a. D. v. Behr-Pinnow, und einer erläuternden Darstellung von Oberarzt Rott feierlich eröffnet worden. Das Museum ist mit einem Aufwande von 30000 Mk., die von einem Gönner der Anstalt in Magdeburg ge-

spendet sind, hergestellt; um seine Einrichtung haben sich außer dem Direktor der Anstalt, Prof. Langstein, namentlich Oberarzt Rott in Gemeinschaft mit Assistenzarzt Bamberg, der tüchtigen Oberin und anderen Beamten der Anstalt sehr verdient gemacht; ihre Leistungen sind durch Ehrengeschenke der Kaiserin und des Ministers des Innern anerkannt worden, Dr. Bamberg wurde zum Oberarzt ernannt. — Die Sammlung des Museums ist zum Teil in der Anstalt selbst angefertigt, in der Ausrüstung des bakteriologischen Teils hat Geheimrat Proskauer und sein Abteilungsvorsteher Seeligmann, in den statistischen Lehrmitteln das Kaiserliche Gesundheitsamt und Statistische Ämter von Groß-Berlin wertvolle Hilfe geleistet. Das Museum besteht aus zehn Abteilungen, in denen u. a. vorgeführt werden: Statistik der Bevölkerungsbewegung, insbesondere der Säuglingssterblichkeit; Ursachen der Säuglingssterblichkeit und die Maßnahmen zu deren Bekämpfung; Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Entwicklung des Säuglings; allgemeine Gesundheitslehre mit besonderer Berücksichtigung der Gebiete, die mit der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Beziehung stehen, also Wohnungswesen, Luft und Kleidung, Nahrungsmittellehre, Alkoholismus, Infektion und Desinfektion, Bakteriologie, akute Infektionskrankheiten und deren Bekämpfung; Hygiene und Pflege des Säuglings, einschließlich der Pflege in kranken Tagen; die natürliche Ernährung des Säuglings und ihre Bedeutung gegenüber der unnatürlichen; das Milchwesen und Art und Technik der künstlichen Ernährung; die Krankheiten des Neugeborenen und des älteren Säuglings; die Kunst im Leben von Mutter und Kind. — In verhältnismäßig kleinem Raum ist eine große Fülle instruktivsten Lehrmaterials sehr zweckmäßig untergebracht; hier kann nicht nur das Laienpublikum, sondern auch der Arzt und selbst der „ausgelernte" Kinderarzt Belehrung gewinnen. Der Besuch der Sammlung sei den Kollegen daher angelegentlich empfohlen. (D. m. W. 1914 Nr. 24.) — Die städtische Krankenhausdeputation hat beschlossen, von der bereits in Aussicht genommenen Errichtung eines besonderen Krankenhauses für Säuglinge in Treptow oder auf einem anderen städtischen Grundstück abzusehen. Kranke Kinder und Säuglinge sollen in Zukunft auf sämtliche städtische Krankenanstalten verteilt werden. — Die Beratungsstelle für knochen- und gelenktuberkulöse Kinder ist in der Friedrichstr. 207, Hof rechts II, eröffnet. Sie wird von der Abteilung VII des Volksheilstätten-Vereins vom Roten Kreuz unterhalten und soll in Gemeinschaft mit dem Hohenlychener Cecilienheim den Kampf gegen die chirurgische Tuberkulose aufnehmen. Leitender Arzt ist Dr. Max Böhm.

Hamburg. Die Bürgerschaft hat den Gesetzentwurf betreffs des Verkehrs mit Kuhmilch nach den Vorschlägen des hierzu eigens eingesetzten Ausschusses angenommen und beschlossen, den Senat zu ersuchen, im Bundesrat auf baldigen Erlaß eines Reichsmilchgesetzes hinzuwirken. (Im preußischen Abgeordnetenhaus ist ein Institut für Milchwirtschaft gefordert worden.).

Köln a. Rh. Die Akademie für praktische Medizin veranstaltet vom 20. bis 25. Juli einen Fortbildungskursus für Schulärzte. Näheres durch das Sekretariat, Gürzenichstr. 14.

Gestorben: Dr. Charles P. Putnam, früherer Lehrer der Kinderheilkunde an der Medical School der Harvard-Universität in Boston.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

19. Jahrgang. **1. August 1914.** Nr. 8.

I. Originalbeiträge.

Studien über das kindliche Herz.

Von

Dr. **Armbruster**-Schweinheim.

Das embryonale Herz erscheint am frühesten als einfacher Schlauch mit kontraktiler Wandung, die nur einen einzigen Hohlraum umschließt, dessen beide Enden mit dem Gefäßsystem kommunizieren. An seinem unteren Ende empfängt er aus Venen Blut, welches er durch seine Kontraktionen in die aus seinem oberen Ende hervorgehenden Arterien eintreibt. Indem dieser kurze Schlauch länger wird als der ihm zugeteilte Raum, geht er in Schlingenform über und läßt allmählich weitere, durch engere Strecken getrennte Abschnitte wahrnehmen, die sich dann zu Kammer und Vorhof entwickeln.

Schon bei diesem einfachen Schlauch der ersten Herzanlage sehen wir eine Kraftentfaltung, die sicher proportional der zu leistenden Arbeit ist. Das Herz entwickelt sich demnach hinsichtlich seiner Muskulatur, welche diese Kraft auslöst, in der Weise, wie es seine ihm aufgebürdete Arbeit verlangt. Daher ist auch die rechte ausgebildete Kammer von dünnerer Wandung als die linke. Aus der Dicke der Muskulatur der verschiedenen Räume des Herzens kann man also unschwer auf die Arbeitsleistung schließen, zumal da rechte und linke Kammer bei der Systole gleiche Blutquantitäten besitzen.

Die Arbeitslast wird beim kindlichen Herzen durch die erhöhte Zahl der Pulsschläge verringert, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Das systolische Blutquantum ist entsprechend kleiner;
2. die Aspirationskraft des rechten Herzens ist erhöht;
3. der in rascher Entwicklung begriffene Herzmuskel wird besser ernährt.

Ferner ist dadurch das Kind geschützter vor manchen Infektionskeimen.

Es ist, wie eben angedeutet, weniger der Flüssigkeitsdruck als die Arbeitsleistung bestimmend für die Entwicklung der Herzmuskulatur. Diese günstige Erscheinung ist eine erhebliche Entlastung für den Herzmuskel und wird beim Kinde durch die erhöhte Pulsfrequenz bewerkstelligt. Nehmen wir das systolische Blutquantum für jeden Ventrikel bei 80 Pulsschlägen in der Minute zu 15 ccm an, so wäre es bei 120 Pulsschlägen nur $^2/_3$ davon, also 10 ccm. Demnach beträgt hier die Arbeitsentlastung $^1/_3$.

Ganz stimmt jedoch diese Rechnung nicht, weil die Aspirationskraft des rechten Herzens durch diese Pulsvermehrung erhöht ist, und weil dadurch eine größere venöse Blutzufuhr und eine in gleicher Weise erhöhte arterielle Blutaussendung beim Herzen auftreten, was bei der raschen Entwickelung des Kindes von hoher Bedeutung für sein Gedeihen ist, indem es dadurch reichlicher erneutes Blut für seine Gewebe erhält. Daß der linke Ventrikel keine Aspirationskraft besitzt, ergibt sich schon aus den vier Venae pulmonales, die ihm das Lungenblut zuführen und enges Gefäßlumen haben, was eine Aspiration ausschließt. Sie wird hier durch die Zusammenziehung der Lunge bei der Atmung ersetzt. Daß dem rechten Ventrikel Aspirationskraft zukommt, zeigt sich mit am besten im embryonalen Leben, wo sie für die pulslose Vena umbilicalis mit ihrem erneuten Blut durch das Foramen ovale erhöht vorhanden ist. Von hohem Vorteil für die Aspirationskraft des Herzens kann die Erscheinung gelten, daß die Diastole weit länger ist als die Systole, bei der sie nur für den rechten der Vorhöfe besteht, die beide vorzeitig die Systole einleiten und sich nie dabei zum Unterschied von den Ventrikel vollständig entleeren.

Der Herzmuskel fordert bei vermehrten Kontraktionen eine erhöhte Ernährung. Größere Muskelarbeit steigert bekanntlich sowohl den Sauerstoffverbrauch als die Kohlensäurebildung. Deshalb braucht der kindliche Herzmuskel vor allem reichlicher erneutes Blut einmal seiner raschen Entwickelung wegen, sodann eben dieser vermehrten Regsamkeit halber. Dieses geschieht aber vorteilhaft durch seine frequenteren Kontraktionen, wie dies bei der Aspiration der rechten Herzhälfte schon angedeutet wurde, wo die erhöhte Arbeit eine noch verhältnismäßig weit größere und raschere Bluterneuerung hervorruft.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß Kinder im ersten Lebensjahre kaum Masern und Scharlach bekommen, und wenn eines der Kleinen einmal davon affiziert wird, so ist der Krankheitsverlauf — von der Lunge bei Masern und von Otitis abgesehen — zumeist günstig. Nach diesseitigen Beobachtungen treten Masern und auch wohl Scharlach nicht vor dem zehnten Lebensmonat auf. Ein Grund dafür dürfte in der erhöhten Pulsfrequenz zu suchen sein. Bei Masern und vor allem bei Scharlach ist der beste Nährboden das arterielle Blut, das aber hier so rege durch die Gefäße des Körpers fließt, daß gewisse Krankheitskeime dadurch keinen Nährboden finden können, zumal da auch fortgesetzt, prozentual erhöht, neues Blut bei dem schnell wachsenden Kinde hinzukommt, was diese Flüssigkeit vor dem Gehen wohl antiseptischer gestaltet.

Die Zahl der Pulsschläge beträgt bei gesunden Erwachsenen 60—80 Schläge in der Minute, bei Kindern 100—140, bei Greisen 70—90. Bei Kindern verringert er sich allmählich von 140 bis zu der Pulszahl der Erwachsenen, was gewöhnlich mit dem 21. Lebensjahr der Fall ist. Im Mittel beträgt er bei Erwachsenen 72 Schläge in der Minute; beim Fötus ist die Pulsfrequenz sehr groß; kurz vor der Geburt sind es 140 Schläge. Bei Männern ist sie um einige Schläge geringer als bei Weibern, bei großen Personen geringer als bei kleinen.

Es sei weiter die Frage erörtert, wodurch die Pulsfrequenz bei Kindern erhöht ist, und ob sie bei Fieber und bei jenen fieberlosen

Krankheiten, die zur Konsumption führen, wie Phthise, Anämie, ein Analogon besitzt. Man kann behaupten, daß mit zunehmender Schwäche des Herzmuskels die Pulsfrequenz steigt. Bei Fieber ist zumeist eine akute Schwächung vorhanden, und hier soll sich der Puls auf 1° Temperaturerhöhung um acht Schläge vermehren; bei Anämie und Phthise tritt chronische Schwächung auf. Daß der kindliche Herzmuskel, wo bis zur Geburt der mütterliche Puls für die fötale Bluterneuerung intensiv mithilft und der Lungenkreislauf eigentlich ausgeschaltet ist, noch schwach und kraftloser erscheint, ist ohne weiteres klar.

Daß beim Kinde, bei Fieber und bei konsumptiven Krankheiten die Pulsfrequenz erhöht ist, hängt wohl nur mit der Nerventätigkeit zusammen, indem diese hier intensiver wirkt als bei Erwachsenen. Deshalb ist auch bei den Kleinen der asthenische Affekt, wie Furcht und Schrecken, vermehrt. Mit der Ausbildung erhöhter Kraft des Herzmuskels vor allem geht dieser asthenische Affekt bei gesunden Nerven zurück. Dabei ist die Vermehrung der Muskelkraft vielfach unabhängig von der Nervenkraft, indem bei Greisen nicht selten die Muskelkraft des Herzens schon erheblich geschwächt erscheint, während der asthenische Affekt trotzdem, auch ohne jede Stupidität, noch stärker vermindert auftritt. Die Schwächung des Herzmuskels bei Fieber und bei konsumptiven Krankheiten ist schon hervorgehoben worden; hier nimmt die Nervenkraft ebenfalls nicht an dieser Schwächung proportionalen Anteil, wodurch die erhöhte Pulsfrequenz ausgelöst wird. Der hemmende Vagus steht hier gegen den beschleunigenden Sympathikus zurück.

Die Natur gewährt dem kindlichen Herzen mit seiner regeren Arbeitsleistung manchen anderen Vorteil, die jenes der Erwachsenen nicht kennt. Der sezernierende Nierenraum ist bei Kindern erheblich größer, und die Nierensekretion wird bei der infantilen Niere, die eben noch fötal gelappt war, auch sonst leichter durch die Herzkraft bewerkstelligt. Die Leber ist ebenfalls so beschaffen, daß eine primäre Stauungsleber, die das Herz ungünstig beeinflußt, hier eigentlich ausgeschlossen erscheint, wie schon der unschuldige Icterus neonatorum zeigt.

Von einigen infantilen Herzaffektionen seien zunächst die Pulmonalfehler hervorgehoben. Sie kommen nur angeboren in sehr seltenen Fällen vor, zeichnen sich durch Zyanose aus, geben rechtsseitig verbreiterte Herzdämpfung und die entsprechenden Geräusche. Sie sind mit entzündlichen Vorgängen während des Fötallebens ätiologisch in Zusammenhang zu bringen und geben bei Stenosierung des rechten venösen Ostiums eine sehr schlechte Prognose ab; dagegen sollen Leute mit angeborener Insuffizienz der Pulmonalarterienklappe schon das Greisenalter erreicht haben.

Verengerungen der Arteria pulmonalis kommen vor am eigentlichen Ostium, am Conus arteriosus und am Stamme; sie sind mit seltenen Ausnahmen angeboren und beruhen auf Bildungsfehlern oder auf intrauterinen Entzündungen. Häufig stellen sich daneben andere Anomalien ein: Offenbleiben des Foramen ovale, Spaltbildung in dem Kammerseptum, Fehlen oder frühzeitiger Verschluß des Ductus arteriosus Botalli, welche mit der Pulmonalstenose in ursächlichem

Zusammenhang stehen können. Die Prognose ist keine günstige; weitaus die meisten Kranken überschreiten nicht das zwanzigste Lebensjahr.

Zum Schluß seien noch Erörterungen gepflogen, warum bei kompensierter Mitralstenose eine Pulsverlangsamung stattfindet. Es kann dies nur dadurch bedingt sein, daß der linke Ventrikel in bezug auf die Herzkontraktionen dominierend ist, da der überfüllte rechte Ventrikel eigentlich erhöhte Pulsfrequenz verlangt. Eine Erklärung kann so gefunden werden, daß der ungeschwächte linke Ventrikel bis zu einer bestimmten Höhe gefüllt sein muß, bis er die mit dem rechten synchrone Systole unternimmt. Es geschieht dies dann weniger durch einen jeweiligen Nerveneinfluß als rein mechanisch. Er gelangt diastolisch durch die Flüssigkeit des Blutes bis an die Grenze der Zerdehnung, worauf die Trabeculae carneae und die übrige Kammermuskulatur durch Kontraktion reagieren. Ist diese Zerdehnung so enorm, daß sie nicht bemeistert werden kann, so bleibt das Herz in der Diastole stille stehen. Auch hier ist der linke Ventrikel die unmittelbare Todesursache. Die Elastizität der Lunge beruht bekanntlich ausschließlich auf Zusammenziehung. Beim Herzen ist eine Mittelstraße vorhanden. Es öffnet seine Kammern bis zu einem bestimmten Grade; füllt es sich dann entsprechend mit Blut, so zieht es sich um so intensiver zusammen, um von neuem sich wieder in normaler Weise zu öffnen. Wäre dies nicht der Fall, so könnte das Blut nicht die Kammeröffnung für sich allein bewerkstelligen, wie dies die Luft samt Thorax bei der Lunge unternimmt. Daher spricht man auch von selbständigen und selbsttätigen Herzganglien.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Archiv für Kinderheilkunde. 62. Band. 5. und 6. Heft.

S. N. Rosanoff (Moskau), Die diagnostische Bedeutung der Leukozyteneinschlüsse von Döhle bei Scharlach, Masern, Diphtherie, Angina und Serumexanthemen. Die nach der Methode von Pappenheim oder Manson gefärbten Einschlüsse können nicht als Scharlacherreger gelten, da sie auch bei anderen Krankheiten vorkommen. Da sie sich bei Scharlach immer in den ersten Tagen zeigen, spricht ihr Fehlen in dieser Zeit bestimmt gegen Scharlach mit Ausnahme der Fälle von Scarlatina fulminans. Die Stärke der Reaktion kann auf die Schwere der Erkrankung hinweisen. Anginen, bei denen sich Einschlüsse finden, sind scharlachverdächtig.

Albert Stommel (Frankfurt a. M.), Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach bei der Behandlung der internen Tuberkulose der Kinder. Bei den Fällen von Lungen-, Bronchialdrüsen- und Bauchfell-Tuberkulose war irgendeine besonders günstige Einwirkung des Rosenbachschen Tuberkulins nicht zu bemerken. Heilungen wurden nicht beobachtet; auch die eingetretenen Besserungen

können nicht unbedingt als Erfolge der Tuberkulinkur angesehen werden. Gleiche Besserungen wurden auch durch einfache hygienische Maßnahmen erzielt. Einige Fälle erholten sich unter Tuberkulin weniger gut als vorher. In zwei Todesfällen wurden keinerlei Ansätze zu einer Heilungstendenz bemerkt. So kann das Rosenbachsche Tuberkulin zwar als ungefährlich, aber auch als therapeutisch wenig wirksam angesehen werden. Hecker.

Archiv für Kinderheilkunde. 62. Band. 3. und 4. Heft.

E. Roedelius (Hamburg-Eppendorf), Optikusatrophie nach Keuchhusten. Seltener Fall eines vierjährigen Kindes, bei dem sich einige Wochen nach dem Keuchhusten Sehstörungen einstellten; ophthalmoskopischer Befund: neuritische Form der Optikusatrophie. Das Kind ging an schwerer Diphtherie zugrunde.

Israel Rosenthal u. **H. P. T. Oerum** (Kopenhagen), Behandlung von Magendarmkatarrh und Atrophie bei Säuglingen mit Malzsuppe. Der Unterschied zwischen Rosenthalscher und Kellerscher Malzsuppe besteht in der Reduktion des Malzextraktes von 100 auf 40 Gramm. Die Suppe wurde nach Entleerung des Darmes durch Rizinus und 24—48 stündige Teediät als Übergangsnahrung für etwa zwei Monate angewendet. Die Erfahrungen waren, besonders bei Enterokatarrh und Atrophie, im ersten Vierteljahr sehr gute.

Stanislaus Ostrowski (St. Petersburg), Die Bedeutung der Larosanmilch als diätetisches Heilmittel bei Säuglingen. Die Larosanmilch ist als quasi Darmdesinfiziens und zur Erhöhung der Kuhmilchtoleranz indiziert bei Dekomposition, Dyspepsie und in geringerem Grade bei Intoxikation. Sie ist auch bei parenteralen Infektionen nützlich, da sie die Ernährung auf einer gewissen Höhe erhält, und ist wertvoll als Nahrungszusatz zur Frauenmilch auch im frühen Alter. Bei gleicher Wirkung übertrifft sie die Eiweißmilch an einfacher Zubereitung, Billigkeit und Geschmack. Ihre Einführung ist für Säuglingsanstalten und für Privatpraxis zu empfehlen.

G. Di Cristina u. **G. Caronia** (Palermo), Anaphylaxie und Antianaphylaxie bei der kindlichen Tuberkulose und ihre Beziehungen zur Tuberkulinbehandlung. Das Blutserum tuberkulöser Kinder hat lytische Eigenschaften für die tuberkulösen Antigene, während das Serum gesunder Kinder ohne Hautreaktion nur sehr spärlich solche Antianaphylaxine enthält. Die Untersuchung auf anaphylaktogene Stoffe hat keinen diagnostischen Wert, da solche fehlen können, wenn wirkliche oder scheinbare Antianaphylaxie besteht. Bei den an Tuberkulose leidenden Individuen, die zur Besserung oder Heilung neigen, können im Kreislauf bedeutende Mengen von Antianaphylaxinen vorhanden sein, so daß die lytische Wirkung des Blutserums auf Tuberkelbazillenproteine geschwächt oder aufgehoben wird. Dies entspräche der Heilung des Kranken. Der Zustand scheinbarer Antianaphylaxie ist ein Symptom der Erschöpfung des Organismus.

Während der Tuberkulinbehandlung kann das lytische Vermögen des Blutserums bei tuberkulösen Kindern bedeutend schwanken. Nimmt

es ab, dann tritt Besserung ein. Nimmt es zu, dann bleibt der Zustand stationär oder bessert sich.

Therapeutisch müssen die Fälle mit leicht provozierbarer Immunitätsreaktion geschieden werden von denen, wo dies schwer gelingt; diese letzteren dürfen nicht mit Tuberkulin behandelt werden. Die Behandlung muß einen Zustand wahrer Antianaphylaxie erstreben.

J. M. Arluck (Odessa), Zur Frage über (!) Tuberkulose in der Schule (auf Grund von Beobachtungsmaterial, welches in den Jahren 1907 bis 1912 in den Sanatoriumskolonien der Odessaer Gesellschaft gesammelt wurde). Manifeste Tuberkulose wurde in den Schulen selten (0,1 %) angetroffen; selten ist auch die Skrofulose mit dem ihr eigenen Symptomenkomplex. Dagegen kommt latente Tuberculosis incip. (fiebernde und nicht fiebernde Formen) in 5 bis 15 Prozent vor. Die Zahl der positiv auf Tuberkulin reagierenden Schüler bei Abwesenheit von klinischen Symptomen beträgt im Alter von 8—15 Jahren bis 50 %. Die Stärke der Reaktion hängt nicht von dem Charakter der bestehenden Tuberkulose (aktiv, inaktiv, geschlossen) ab. Die Tuberkulose ist keine Schulkrankheit: Die Schule dient nur in seltenen Fällen als Ansteckungsquelle für Tuberkulose. Die Sterblichkeit an Tuberkulose ist im Schulalter gering im Vergleich mit der Vorschulperiode; sie steigt nach der Schulperiode schnell hinauf. Die Schule muß an dem Kampf gegen die Tuberkulose teilnehmen durch Verbesserung der hygienischen Verhältnisse, Teilnahme des Arztes als aktiver und entscheidender Mitarbeiter, Vermehrung der Sommerkolonien und Spielplätze, Einrichtung von Waldschulen und Schulsanatorien. Die Pirquetschen Impfungen sind wünschenswert, sowohl in einzelnen Fällen, wie auch en masse im Interesse der sozialen Hygiene. Hecker.

Herbst, Kalzium und Phosphor beim Wachstum am Ende der Kindheit. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 3 u. 4. S. 161.) Bei 12 Knaben, am Ende der Kindheit stehend (14 3—12, 13 10—12 Jahre), wurde der Kalzium-Phosphorwechsel, auch der des Stickstoffes unter vollkommen gemischter und freigewählter Kost 12 Tage lang untersucht. Für 6 tägige Perioden hat sich die Selbständigkeit des Kalkassimilationsprozesses im wachsenden Knochen gegenüber anderen Stoffwechselvorgängen des Körpers gezeigt, gegenüber einem Abbau und gegenüber einem Ansatz. Der größere Kalkbedarf eines in einem besonders starken Knochenwachstum der Pubertätszeit befindlichen Knaben gegenüber dem geringeren Kalkbedarf eines zur Zeit nicht so stark wachsenden Knaben ist in den Bilanzzahlen deutlich zum Ausdruck gekommen. Die Phosphorsäureretention war beim reinen Wachstum im wesentlichen bestimmt durch das Verhalten des Kalkes, beim Ansatz außerdem durch die Retention des Stickstoffes. Sie war unabhängig von der Größe der Zufuhr. Schick (Wien).

Leo Langstein, Welche Aufgaben stellen die Infektionen im Säuglingsalter der Diätetik? (Ein Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Infektion und Ernährung mit besonderer Berücksichtigung der Säuglingstuberkulose.) (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 3 u. 4. S. 193.) Verf. weist auf die Bedeutung der Diätetik

bei der Prophylaxe und Therapie der Infektionskrankheiten im Säuglingsalter hin. Wir wissen, daß jeder Tag der Frauenmilchernährung mehr die Immunität des Säuglings erhöht. Die Frauenmilch leistet dabei aber noch andere Aufgaben. Vor allem verhindert sie bei vorhandener Infektion akute Zwischenfälle, Durchfälle und Gewichtssturz. Diese beiden Symptome treten bei Infekten der Säuglinge um so leichter auf, je kohlehydrat- und molkenreicher auf der einen Seite, je eiweißärmer auf der anderen Seite die während des Infektes gereichte Nahrung ist.

Daher die besondere Gefahr der Buttermilch, der Malzsuppen usw. Die Pathogenese dieser Erscheinung ist noch hypothetisch. Ist Frauenmilch als Nahrung nicht zur Verfügung, so ergibt sich aus vorliegender Überlegung und aus zahlreichen Beobachtungen der Schluß, in der Anwendung kohlehydratreicher und molkenreicher Nährgemische während eines Infektes vorsichtig zu sein und einer schädigenden Wirkung der aus den Kohlehydraten durch Gärung entstehenden Säuren durch Zugabe von die Fäulnisvorgänge im Darm begünstigendem Eiweiß zur Nahrung entgegenzuwirken. Deshalb kommt der Eiweißmilch von Finkelstein-Meyer eine große Bedeutung für die Ernährung bei parenteralen Infektionen zu (z. B. Pyelitis, Grippe usw.). Die Eiweißmilch hat nicht die prophylaktische Kraft der Frauenmilch gegen Infektionen, aber sie verhindert die schweren Katastrophen.

Das bei parenteralen Infektionen so häufige Symptom des Erbrechens kann man durch Anwendung der Sondenernährung beseitigen. Die Appetitlosigkeit beim Säugling darf nicht durch andauernde Nahrungsentziehung bekämpft werden. Nach 12—24 stündiger Teediät ist auch hier zur Sonde zu greifen. Auch chronische Infektionskrankheiten (namentlich Tuberkulose) sind für die Frage der Diätetik wichtig. Verf. berichtet, daß bei einer Reihe von tuberkulösen Säuglingen sich die Eiweißmilch neben der Frauenmilch als Diätetikum außerordentlich bewährt hat. Sie arbeitet der bei der tuberkulösen Erkrankung vorhandenen Demineralisation des Organismus entgegen.

Schick (Wien).

L. Langstein, F. Rott u. F. Edelstein, Der Nährwert des Colostrums. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 3 u. 4. S. 210.) Angesichts der Bedeutung, die gerade die Ernährung in den ersten Lebenstagen für das Schicksal des Neugeborenen hat, und angesichts der Gefahren der künstlichen Ernährung des Säuglings in den ersten Lebenswochen ist die Gewinnung von Ernährungsgesetzen für die ersten Lebenstage sehr wichtig. Einen Beitrag dazu liefert die vorliegende Arbeit. Die Autoren untersuchten den noch unbekannten Brennwert des Colostrums bei einer Reihe von Frauen vom Beginn der Milchproduktion bis zum 5. resp. 7., 8. und 10. Tage. Solche Bestimmungen fehlen bis jetzt vollkommen. Insgesamt wurde der Brennwert der Kolostralmilch von 8 Frauen bestimmt. Bei 2 Frauen wurde nur die Mischmilch der ersten 24 Stunden seit Beginn der Laktation bestimmt. Der Brennwert der Kolostralmilch schwankt in weiten Grenzen. Er bewegt sich pro Liter zwischen 1500 und 500 Kalorien. Man kann 2 Gruppen von Kolostralmilch unterscheiden. Die erste Gruppe hat einen hohen Brennwert. Diese Kolostralmilch ist gelb, dickflüssig und zäh.

Die Eigenschaften waren um so ausgeprägter, je frühzeitiger nach der Geburt das Colostrum gewonnen war. Bei der 2. Gruppe der Fälle (3) ergab die Brennwertbestimmung niedrige Werte. Das Colostrum zeigt eine auffallend dünne, in einem Fall eine ganz wässerige Beschaffenheit. Stellt man die Werte der ersten Gruppe (hoher Brennwert) zusammen, so ergibt sich, daß der Kalorienwert von 7 Stunden nach der Geburt bis zu 31 Stunden um 500 Kalorien abnimmt. Die Werte des 6. und 7. Tages entsprechen dem von Rubner, Heubner u. a. festgestellten Durchschnittswert der Dauermilch. Die hohen Kalorienwerte der Kolostralmilch der ersten Lebenstage zeigen, daß eine Berechnung der Energiebilanz für die ersten Lebenstage unter Zugrundelegung des Brennwertes der Frauenmilch von 650 bis 720 Kalorien für einen großen Teil der Fälle sicherlich nicht angängig ist. Die Kolostralmilch der ersten Lebenstage ist eine konzentrierte Nahrung. Die Kolostralmilch mit ihrem hohen Nährwert kann als eine Trockennahrung, manchmal vielleicht zu trockene Nahrung angesprochen werden. Ist ihr Nährwert ein besonders hoher, so dürfte sie dem Säugling vielleicht erst dann zugute kommen, wenn zu gleicher Zeit reichlich Wasser zugeführt wird. Die aus der Praxis herausgestellte Forderung, in den ersten Tagen besonders den Wasserbedarf des Säuglings zu decken, findet durch vorliegende Arbeit eine wissenschaftliche Stütze. Schick (Wien).

Raoul J. Carneiro, Beitrag zur Kenntnis der Gewichtsschwankungen bei Kohlehydratentziehung. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 Nr. 6. S. 333—340.) Die Fragestellung lautete: was für Verlust ergibt sich für den Organismus, wenn dem Organismus plötzlich große Mengen Kohlehydrate entzogen werden, während sonst die Nahrung unverändert weitergereicht wird. Es zeigt sich, daß die zuvor positive Stickstoffbilanz zu einer ausgesprochen negativen wird und daß die Verluste an Asche bei der Entziehung der Kohlehydrate auf das Doppelte ansteigen. Schick (Wien).

K. Stolte, Klinische und anatomische Beobachtungen bei einem Kinde mit kongenitaler Darmstenose. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 Nr. 6. S. 341—346.) Ein an den Symptomen des Pylorospasmus erkranktes Kind zeigte bei der Obduktion keine Veränderungen am Pylorus, dagegen eine Mißbildung des Darmes im obersten Anteil des Duodenums. Der Übergang des Magens in das Duodenum weit, für Nagelglied des kleinen Fingers durchgängig. Das obere Querstück des Duodenums 3 cm lang, stark ausgedehnt, mit einer Innenzirkumferenz von 6 cm. Seine Übergangsstelle in das übrige Duodenum nur um 2 mm weit. Dieses übrige Duodenum gewöhnlich weit. In dasselbe mündet knapp, unter der engen Stelle, der normal weite Ductus choledochus. Die Schleimhaut in der Umgebung dieser Mündung des Ductus choledochus gerötet. Die Schleimhaut im Duodenum unterhalb der Stenose gallig imbibiert, oberhalb derselben blaßgrau. Knapp über der Stenose, dieselbe in aufgeschnittenem Zustande halbmondförmig umgebend, eine fast 1 cm große, wie ein seichter, scharf geränderter Substanzverlust erscheinende blasse Stelle der Mukosa.

Schick (Wien).

Erich Klose, Zur Kenntnis der Osteopsathyrosis idiopathica. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 Nr. 7. S. 347—385.) Diese durch abnorme Knochenbrüchigkeit charakterisierte Erkrankung hat Verf. bei 4 Patienten genau beobachtet. Der zeitliche Beginn der Erkrankung datiert bei allen vier Patienten in die frühe Kindheit zurück, die erste Fraktur erlitten 3 Patienten ziemlich übereinstimmend mit $1^1/_2$ Jahren. Dieser frühe Beginn der Erkrankung scheint das bei weitem Häufigste zu sein, viel seltener ist der Beginn in der Pubertätszeit. Bei allen Patienten, die jetzt im Alter von 10—16 Jahren stehen, besteht die Knochenbrüchigkeit noch unverändert fort. Die Erfahrung hat gelehrt, daß das Leiden mit beendetem Wachstumsalter spontan auszuheilen pflegt. Fälle, wo die Knochenbrüchigkeit über das 25. Lebensjahr hinaus weiter bestand, sind nur wenige beschrieben. Die Anzahl der Frakturen ist auch bei den Patienten beträchtlich, bei dem 16 jährigen Patienten sind bis jetzt 20, bei der 10 jährigen Patientin 21, bei dem 12 jährigen Patienten 11 Frakturen zu verzeichnen. Immer ist die Veranlassung eine ganz geringfügige, z. B. einfaches Knien im Bett, Strumpfanziehen, ein geringer Stoß, Stehen ohne Schiene. Während im Fall 1 und 4 die Frakturen ausschließlich oder doch fast ausschließlich auf die unteren Extremitäten beschränkt sind, sind obere Extremitäten (einschließlich der Schlüsselbeine) und untere Extremitäten in den beiden anderen Fällen annähernd gleichmäßig, jedoch nicht gleichzeitig betroffen. Die Beschränkung auf die unteren Extremitäten scheint häufiger vorzukommen, und zwar sind immer nur die langen Röhrenknochen betroffen. Außer den durch die zahlreichen Frakturen bedingten Deformitäten finden sich noch Formveränderungen, die durch abnorme Nachgiebigkeit der Knochen gegen Muskelzug und die Einwirkung der Schwere usw. entstanden sind. So entstand bei dem Patienten (Fall 1) die Verbiegung der Unterschenkel nach vorne allmählich im 4.—5. Lebensjahre. Zu dieser auf abnormer Biegsamkeit beruhenden Verkrümmung gehören ferner: die Säbelscheidenform der Unterschenkel (in 3 Fällen), ferner das pseudoosteomalazische Becken (Fall 2) und die Skoliose (soweit diese nicht statisch ist). Die häufig erwähnte Erblichkeit der Erkrankung (nach Griffith fand sich in $15^0/_0$ der Fälle hereditäres oder familiäres Auftreten) findet sich in einem Falle (Fall 3) bestätigt. Das Allgemeinbefinden bleibt während der Dauer der Erkrankung ungestört, und nur der Umstand, daß die geringste unvorsichtige Bewegung eine neue Fraktur hervorrufen kann, fesselt die schwereren Fälle ans Bett.

Verf. bespricht die Differentialdiagnose gegen Rachitis und infantile Osteomalazie. Schick (Wien).

E. Siemerling, Meningitis nach follikulärer Angina. (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel.) (D. m. W. 1913 Nr. 47.) Die Symptome der entwickelten Krankheit bei dem 15 jährigen Patienten: Trübung des Bewußtseins, wechselnd zwischen Somnolenz und heftiger Erregung mit Jaktationen, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Nackensteifigkeit, Kernigsches Symptom, der hohe Druck der Lumbalflüssigkeit, Vermehrung des Eiweißes, die Pleozytose ließen keinen Zweifel an der Diagnose Meningitis. Der Druck der Lumbalflüssigkeit, der bei der ersten Punktion so stark

war, daß die Flüssigkeit aus dem Steigrohr hervorquoll, betrug bei der zweiten Punktion einen Tag darauf (19. Juni) 180 mm, zeigte eine Erhöhung bei der dritten und vierten Punktion (17. Juli und 24. Juli) auf 250. Auf eine solche Steigerung des Druckes bei abheilenden Meningitiden hat Reichmann hingewiesen.

Ungewöhnlich groß für eine seröse Meningitis war der Reichtum an zelligen Elementen, besonders Lymphozyten (300 in 2 ccm). Für gewöhnlich ist der Liquor bei der serösen Meningitis zellarm. Aber es kommen hier wohl verschiedene Abstufungen und Übergänge vor, hebt doch schon Voisin hervor, daß bei den Meningitiden im Verlaufe von Bronchopneumonie und Pneumonie alle Übergänge im Liquor vorkommen von den leichtesten, eben auffindbaren chemischen und zytologischen Veränderungen bis zur kompletten Eiterung.

Bei der hier vorhandenen Ätiologie, der follikulären Angina als zweifellosen Eingangspforte der Infektion, sei auf das regelmäßige Vorhandensein einer Angina retronasalis zum Beginn der epidemischen Meningitis hingewiesen.

Überraschend günstig auf die Schwere der Erscheinungen wirkte die Lumbalpunktion. Die gute Wirkung der Inunktionen mit Unguentum cinereum ist schon von Quincke hervorgehoben.

Grätzer.

Walb (Bonn), Über Rachitis der Nase und ihre Beziehungen zum Asthma bronchiale. (Ebenda.) Die Nase ist sehr häufig der Sitz von rachitischen Veränderungen, und daraus resultieren Verbiegungen der Nasenscheidewand, Leistenbildung am Rande der knorpeligen Scheidewand, kolbige Verdickung am vorderen Rande desselben Teiles. Diese Veränderungen können gerade so wie auch andere nicht rachitische krankhafte Zustände in der Nase Asthma bronchiale erzeugen. Der Umstand, daß nach ihrer Beseitigung trotzdem das Asthma fortdauern kann, und die Beobachtung, daß auch ohne Veränderungen in der Nase bei Anwesenheit von Rachitis Asthma bronchiale auftritt, hat Verf. zu der Ansicht geführt, daß die Rachitis als solche eine derjenigen Ursache ist, die zu Asthma disponieren. Es ist ihm gelungen, in einer Anzahl von Fällen durch längere Darreichung von Phosphor die Asthmaanfälle zu beseitigen.

Grätzer.

Neubauer (Charlottenburg), Rasche Heilung wunder Brustwarzen. (D. m. W. 1913 Nr. 49.) Neuerdings hat Verf. eine Salbe angewendet, die 10%ige Euguformsalbe, deren Applikation sehr bequem ist und mit der ein schneller und sicherer Erfolg erreicht wird. Das Präparat ist ein Kondensationsprodukt von Guajacol und Formaldehyd, besitzt also antiseptische und adstringierende, ferner noch analgetische Eigenschaften und reizt gar nicht. Die Euguformsalbe ist in Form kleiner Malertuben im Handel (Chemische Fabrik Güstrow in Güstrow) und kostet etwa 30—35 Pf. Der Verbrauch ist äußerst sparsam, so daß die kleine Tube für mehrere Wiederholungen ausreicht. Die Heilung vollzieht sich auffallend schnell und vollkommen. Die Einrisse waren z. B. in zwei beginnenden Fällen bereits nach 24 Stunden, in anderen nach 48 Stunden und in einigen sehr schweren



Fällen, wo sonst das Kind sicher abgesetzt worden wäre, bei ständiger sichtbarer Besserung in fünf Tagen durchaus geheilt. Die Salbe wird dünn aufgetragen und mit Gaze bedeckt. Sie verursacht ein kühlendes, angenehmes Gefühl. Den Alkoholumschlägen wurde sie vorgezogen, weil letztere immer heftiges Brennen erregen und die Haut runzlich und verätzt machen. Bevor nun das Kind wieder angelegt wird, wischt man die Salbe zunächst trocken, dann mit etwas verdünntem Spiritus ab. Ein Widerstreben der Säuglinge wegen des anhaftenden schwachen Guajacolgeruches hat Verf. nie beobachtet. Nach dem Stillen wird dann wieder neue Salbe aufgelegt. Grätzer.

O. Vulpius, Eine neue Knochenoperation bei Vorderarmlähmung. (B. kl. W. 1914 Nr. 6.) Verf. hat zur Knochenplastik gegriffen mit dem Ziel, eine Knochenbrücke zwischen beiden Vorderarmknochen zu schlagen, welche sie in der zweckmäßig erscheinenden Mittelstellung fixiert. Eine übertriebene Supination würde hierbei wiederum eine Funktionsstörung bedeuten, weil das Hantieren nach vorn, auf dem Tisch, das Schreiben usw., sehr erschwert würde.

Da Verf. durch seine Pseudarthrosenoperationen die gestielten Periostknochenlappen schätzen gelernt hatte, so griff er bei seiner ersten derartigen Operation im Jahre 1912 zu diesem Verfahren.

Aus dem Radius wurde ein 5 cm langer, $^1/_2$ cm dicker und möglichst breiter Lappen mit zentraler Basis gebildet. Ein zweiter Längsschnitt legte die Ulna frei, an welcher ein wenig distal von der radialen Stielstelle das Periost abgelöst und der Knochen angefrischt wurde. Dann mußte die Streckmuskulatur ausgiebig unterminiert und in die Höhe gehoben werden, um den Knochenlappen auf die Ulnarseite des Vorderarms dislozieren zu können. Hier wurde er in seinem neugeschaffenen Lager durch mehrere Nähte fixiert, nachdem der Vorderarm die für richtig erachtete Mittelstellung erhalten hatte. Es bedurfte einer zehnwöchigen Fixation im Gipsverband, bis eine gute Verschmelzung eingetreten war. Es zeigte sich dann, daß minimale Drehbewegungen auch dann noch möglich blieben. Der Knochenlappen war im Röntgenbilde gut zu sehen, er war aber offenbar zu schmal ausgefallen. Der funktionelle Erfolg war dagegen überaus zufriedenstellend, der Patient war äußerst froh, die Hand nun richtig zum Munde führen zu können.

Die Schwierigkeit, welche die Lappenverlagerung bereitet hatte, und die Notwendigkeit ausgiebiger Weichteilablösung bestimmten Verf., fernerhin mit freien Periostknochenlappen zu operieren, welche er, wie bei der Albeeschen Operation, der Tibia entnimmt. Hierdurch ist auch die Möglichkeit gegeben, die Lappen breiter und damit die Synostose solider zu gestalten. Der Eingriff ist außerordentlich einfach und glatt: Zwei kleine Inzisionen legen Radius und Ulna in gleicher Höhe frei. Das Periost wird zurückgeklappt, eine Rinne entsprechend der Lappenbreite ausgemeißelt. Ein Raspatorium hebt die Weichteile in gleicher Breite ab, unter ihm wird der Transplantationslappen durchgeschoben, über ihm wird das Periost vernäht.

Von den beiden weiteren Fällen, die Verf. nach dieser Methode zu operieren Gelegenheit hatte, bestand bei dem einen extreme Pro-

nation, bei dem anderen ausnahmsweise eine hochgradige Supination nach Geburtslähmung. Die Fixation im Gipsverband wurde jedesmal nur 6 Wochen lang durchgeführt. Der Erfolg war anatomisch bezw. funktionell durchaus der gewünschte.

So glaubt Verf. in der Tat, daß die kleine Operation eine Bereicherung und Vervollständigung unserer Lähmungstherapie am Arm darstellt, und zwar sicherlich für schlaffe, vielleicht aber auch für einzelne spastischen Lähmungen. Grätzer.

E. Aaser (Christiania), Eine Poliomyelitisepidemie im Frühjahr 1912 in Lindaas. (Ebenda.) Verf. konnte beobachten, wie besonders die Schule — außerdem aber die Krämergeschäfte (Verkauf von Bonbons mit unreinen Händen!) — zur Verbreitung der Poliomyelitis beitragen. Grätzer.

Jos. Koch, Untersuchungen über die Lokalisation der Bakterien, die Veränderungen des Knochenmarks und der Knochen bei Infektionskrankheiten im ersten Wachstumsalter. (Aus dem Königl. Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch, Berlin.) (B. kl. W. 1914 Nr. 7.) Verf.s Tierexperimente haben den Beweis geliefert, daß das jugendliche Knochensystem bei Infektionen verschiedener Ätiologie pathologische Veränderungen erleiden kann, unter denen die Schädigung der Knorpelknochengrenze die wichtigste ist. Durch Einschmelzung von Knochensubstanz nimmt die Markhöhle an Größe zu, der Breitendurchmesser des Knorpels und des Periosts wird durch die lebhafte Wucherung ihrer Zellen größer, die eigentliche Knorpelwucherungszone durch Abbau von Zellen dagegen schmaler. Grätzer.

Richard Lehmann, Otitis media acuta mit sekundärer Abduzenslähmung und Meningitis. (Aus dem Augusta-Viktoria-Krankenhaus in Lichtenberg.) (Ebenda.) Es handelt sich um einen 11 jährigen Knaben. Eine Osteitis war höchstwahrscheinlich die Ursache der Abduzenslähmung, eine Osteitis an der Pyramidenspitze mit folgender Nekrose und Abszedierung. Der Weg, den die Infektion nahm, war offenbar: Paukenhöhle — Canalis musculotubarius — Canalis caroticus — Pyramidenspitze. Grätzer.

E. Moro, Über rezidivierende Nabelkoliken bei älteren Kindern. (B. kl. W. 1914 Nr. 8.)

J. K. Friedjung, Über die sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken der Kinder. (Ebenda.) Beide Autoren halten daran fest — F. hat das Krankheitsbild als erster aufgestellt —, daß die Koliken psychogenen Ursprungs sind und mit dem Blinddarm nichts zu tun haben. Grätzer.

Fritz C. R. Schulz (Gumbinnen), Ein Beitrag zur Serumkrankheit. (B. kl. W. 1914 Nr. 8—9.) 1. Der Phenolzusatz zum Serum kann bei Injektionen über 20 ccm pro dosi zu Bedenken Anlaß geben.

2. Die Sera, von verschiedenen Pferden gewonnen, sind einander nicht gleichwertig.

3. Ein gutes „reizloses“ Serum darf, insbesondere bei Erstinjizierten, nur an einem Tage (8.—10.) hohes Fieber über 39° hervor-



rufen, am zweiten soll es nicht viel über 38° steigen, am dritten muß es faßt gänzlich abgeklungen sein.

4. Ein 3- bis 4tägiges hohes Fieber (über 39°) und starkes, besonders „scharlachartiges" Exanthem verursachendes Serum ist als zu stark reizend nicht weiter zu verwenden, die Serumnummer ist zu wechseln, eventuell ist dem Serumwerk (durch Apotheke oder Kreisarzt) Mitteilung zu machen.

5. Zur Einschränkung der Serumschädigungen ist zunächst für Diphtherie- (bei weiteren Erfahrungen auch für Streptokokken-, Scharlachserum usw.) die Festsetzung einer Serumhöchstdosis anzustreben.

6. Bei empfindlichen Personen, insbesondere bei Reinjizierten, ist nach Möglichkeit hochwertiges (1000—1500 faches) Serum zu verwenden.

7. Je mehr Serum injiziert wird, desto häufiger sind die Serumschädigungen. Es ist eine Herabsetzung des Preises für hochwertiges (500—1000—1500 faches) Serum, insbesondere für die ärmeren Bevölkerungsklassen, eventuell aus öffentlichen Mitteln, ins Auge zu fassen.

8. Von schwereren Serumerkrankungen ist nach Möglichkeit vom behandelnden Arzt dem Kreisarzt Mitteilung zu machen.

Grätzer.

Adolf Nussbaum (Bonn), Ein einfaches Hilfsmittel bei der Reposition ausgetretener Hernien der Säuglinge. (M. m. W. 1913 Nr. 26.) Durch Zufall war Verf. aufgefallen, daß schreiende Kinder bis zu einem Jahr durch Anblasen zu sofortigem Ruhigsein gezwungen werden. Diese Beobachtung machte er sich in einem Falle einer seit 9 Stunden ausgetretenen, irreponiblen Hernie eines 3 monatlichen Säuglings zunutze. Derselbe hatte einmal gebrochen und wurde von seinem Hausarzt, der vergeblich eine Taxis versucht hatte, in die chirurgische Klinik eingewiesen. Es fand sich eine pflaumengroße, darmenthaltende, rechtsseitige Leistenhernie. Alle bekannten Manipulationen scheiterten, weil der Kleine bei jeder Berührung aus Leibeskräften zu schreien anfing.

Dem in leichter Beckenhochlagerung befindlichen Kinde bließ Verf. nun in kurzen, kräftigen Stößen ins Gesicht. Wie mit einem Schlage hört das Schreien auf, der Kleine sucht mit dem Kopf auszuweichen, wird jedoch daran durch eine Wärterin gehindert. Nun strampelt er mit Armen und Beinen, aber der Leib bleibt weich, da das Kind, wie gebannt, nur eben Zeit zum oberflächlichen Atmen findet. Mit Aufhören des Schreiens gelingt langsam, aber stetig die Reduktion der ebenfalls weich gewordenen Bruchgeschwulst. Nur ab und zu findet der Kleine Zeit, tiefer Atem zu holen, da Verf. ebenfalls zu weiterem Blasen Luft schöpfen muß. Sofort fängt das Schreien wieder an, jedoch verhindert die auf dem Bruchsack liegende Hand ein Eintreten von Bauchinhalt. Bei erneutem Blasen setzt sofort das Schreien wieder aus, und nach kurzer Zeit ist der Bruchinhalt vollständig zurückgedrängt. Ein kleiner Heftpflasterverband hindert ein erneutes Austreten der Darmschlingen.

Die Wichtigkeit dieser Hilfe für den praktischen Arzt liegt auf der Hand. Er wird sich leicht bei jedem kleinen Kinde von der Wirk-

samkeit des Anblasens gegen Schreien und Anspannen der Bauchpresse überzeugen können und im geeigneten Falle davon Gebrauch machen. Unbedingt erforderlich ist nur fortgesetztes, möglichst kräftiges Blasen in kurzen Stößen mit kleinsten Pausen zum Atemholen. Mit diesem Hilfsmittel läßt sich ebenfalls eine willkommene Erleichterung der Abdominalpalpation kleiner Kinder erreichen.

Grätzer.

H. Bertlich, Thrombose des Sinus cavernosus bei einem 5 Monate alten Säugling. (Aus der Kgl. Universitäts-Kinderklinik Halle a. S.) (Ebenda.)

Krankengeschichte: Es handelt sich um das zweite Kind gesunder Eltern, das am 4. II. 13 im Alter von 3 Monaten und 11 Tagen wegen akuter Dyspepsie, hervorgerufen durch unzweckmäßige künstliche Ernährung, in die hiesige Säuglingsklinik gebracht wurde.

Status: Kleines, blasses Kind, in leidlichem Ernährungszustand; Turgor mäßig, leichte Intertrigo ad nates und hinter dem rechten Ohr. Große Fontanelle noch in geringer Ausdehnung offen; kleine Fontanelle und Nähte geschlossen. Otitis media purulenta duplex. Lungen und Herz: o. B. Abdomen nicht aufgetrieben, weich; Milz und Leber nicht vergrößert. Mund und Rachen ohne Veränderung. Gewicht 3500; Pirquetsche Reaktion —. Urin: keine pathologischen Bestandteile.

Weiterer Verlauf: Schnelle Reparation der Dyspepsie unter Larosanmilch innerhalb 3—4 Tage. Nach einem 10 tägigen Intervall erneutes Auftreten dyspeptischer Stühle; ein Rachenabstrich ergibt: Di.-Bazillen +; sonst keinerlei klinische Erscheinungen. Injektion von 600 I.-E. Ein 4 Tage später wiederholter Abstrich zeigt noch immer einen positiven Di.-Bazillenbefund; erst am 4. III. 13 verläuft die mikroskopische Untersuchung des Rachensekretes negativ; Stühle gut; Temperatur normal; ebenso sistiert die Sekretion beider Ohren, die bis heute bestanden hatte.

6. III. Leichte Bronchitis mit subfebriler Temperatur bis 38°; diese subfebrilen Temperaturen wiederholen sich während der nächsten 4 Wochen einige Male, ohne daß sich dafür ein Anhaltspunkt gefunden hätte.

12. III. Pirquet negativ. Das Körpergewicht zeigt starke tägliche Schwankungen zwischen Zu- und Abnahmen, und als Endresultat ergibt sich eine Körpergewichtszunahme um rund 100 g innerhalb 4 Wochen.

3. IV. 13. Plötzlicher Fieberanstieg auf 38,8°; im Urin einige Leukozyten, keine Zylinder; Organe o. B. Ordination: Salol. Von jetzt an setzt ein remittierendes Fieber ein mit täglichen Zacken bis 40° und am 9. IV. sogar bis 40,4°. An diesem Tage erfolgt einmaliges Erbrechen. Urin: Spur Albumen, zahlreiche Zylinder; keine Bakterien. Zerebrale Symptome fehlen vollkommen; Puls schlecht, deshalb Digitalis und Kampfer. Organe sonst ohne Befund.

11. IV. Für kurze Zeit wird eine auffallende Bradykardie und Fontanellenspannung beobachtet, doch verschwinden diese Symptome in den nächsten Stunden wieder und werden trotz beständiger Kontrolle in der Folgezeit nicht mehr beobachtet. 13. IV. Zustand unverändert; Temperatur 40,2°; Puls schlecht; Stuhlgänge dünn. Im Verlaufe des Vormittags tritt Oedem der linken Augenlider auf, das sich allmählich auf die ganze linke Gesichtshälfte ausdehnt; dabei besteht ein mittelstarker Exophthalmus links. Augenbewegung, soweit prüfbar, nicht gestört; keine zerebralen Symptome: Hautfarbe leicht ikterisch mit kleinen Hautblutungen. Kind moribund; keine Lumbalpunktion. Exitus am Nachmittag unter asphyktischen Erscheinungen.

Diagnose: Pyelitis mit sekundärer Sepsis; Thrombose des linken Sinus cavernosus: Meningitis? Otitis media duplex abgeheilt.

Sektion: Leptomeningitis purulenta; Thrombose des linken Sinus cavernosus mit Fortsetzung in die Vena ophthalmica sinistra. Otitis media duplex catarrhalis; Nierendegeneration; sonstige Organe normal.

Epikrise. Es handelte sich also um eine Thrombose des linken Sinus cavernosus, wie angenommen worden war, und zwar um eine

Thrombose bakteriell-phlebitischen Ursprungs, deren infektiöse Ätiologie durch die gleichzeitig bestehende Leptomeningitis purulenta ohne weiteres klar ist. Durch die thrombotische Verlegung des linken Sinus cavernosus wurde der Abfluß der aus der Fissura orbitalis sup. kommenden und vorn in den Sinus cavernosus einmündenden Vena ophthalmica verhindert; die Folge war das Oedem der linken Augenlider, die Schwellung der linken Gesichtshälfte und der infolge der Stauung im Orbitalinhalt auftretende Exophthalmus sinister. Augenmuskelstörungen sowie eine Trigeminusneuralgie, Symptome, die infolge der anatomischen Lage der in Betracht kommenden Nerven im Sinus cavernosus vermutet werden konnten, wurden nicht beobachtet. Ein therapeutischer Eingriff konnte und kann hierbei natürlich nicht in Frage kommen. Grätzer.

Ph. Kreiss, Eine seltene Mißbildung des Thorax. (Aus der Königl. Frauenklinik Dresden.) (Ebenda.)

Dieser außerordentlich seltene Fall von Thorakoschisis ist durch ungewöhnliche Größe der Rippendefekte ausgezeichnet. Während auf der rechten Thoraxseite nur 11 Rippen angelegt sind, fehlen auf der linken Seite 5 vollständig, die 6. ist auf der Röntgenplatte nur eben angedeutet; die 1. bis inkl. 3. Rippe ist zwar vollkommen ausgebildet, jedoch verkrümmt und klein, die 4. nur ein kurzes Stück angelegt. Die 5., auffallend kräftige Rippe ist in ihrer normalen Richtung verändert, bedeutend verkürzt und setzt nicht mehr am Sternum an. Die 11. Rippe ist in ihrer Größe normal, besitzt einen kleinen Fortsatz; die 12. fehlt. Durch diesen großen Defekt und die Verkürzung der vorhandenen Rippen ist es zu einer bedeutenden Einschränkung der linken Thoraxhälfte und Kompression der linken Lunge und, wohl infolge Fehlens der Pars costalis der Wirbel, zu einer stark ausgeprägten Skoliose der Brustwirbelsäule nach rechts gekommen. Durch Einengung der linken Thoraxhälfte entstand eine Verlagerung des Herzens in die rechte Seite und das Herz hypertrophierte infolge der Einengung des Kreislaufs der linken Lunge. Der bei der klinischen Untersuchung angenommene Situs inversus konnte wegen fast normaler Abgangsstellen der großen Gefäße ausgeschlossen werden.

Die übrigen in der Literatur mitgeteilten Fälle haben alle als Höchstmaß der Aplasie einen vollständigen Mangel von nur 3 Rippen aufzuweisen; gewöhnlich fehlt nur der knorpelige Teil der Rippen, oder sie endeten, in vollständiger Zahl angelegt, teilweise in der vorderen Axillarlinie. Grätzer.

H. Kleinschmidt, Über Hautdiphtherie mit ungewöhnlich starker Antitoxinbildung. (Aus der medizinischen Klinik zu Marburg.) (M. m. W. 1913 Nr. 27.) Es handelt sich um einen jener bisher nur vereinzelt beschriebenen Fälle von Hautdiphtherie in der unmittelbaren Umgebung des Anus. Daneben besteht eine nekrotisierende Entzündung der Mundschleimhaut. Während aus dem Analgeschwür wiederholt virulente Diphtheriebazillen gezüchtet werden konnten, waren diese in Nase, Rachen und Mund nicht nachweisbar. Nichtsdestoweniger müssen wir wohl auch die Mundaffektion als diphtherische Erkrankung ansprechen, da bekannt ist, daß die Isolierung von Diphtheriebazillen auch in klinisch einwandfreien Fällen nicht zu jeder Zeit gelingt.

Über die Analdiphtherie wird in der Literatur bisher erst dreimal berichtet. Sie war zweimal mit Rachen- bezw. Kehlkopfdiphtherie verbunden, einmal fehlten Veränderungen im Halse vollständig, es

waren jedoch Diphtheriebazillen im Rachenabstrich vorhanden. Charakteristisch für diese Erkrankung scheint die vollständig kongruente Beteiligung beider Nateshälften zu sein. Diese Eigentümlichkeit gibt der Analdiphtherie eine gewisse Sonderstellung gegenüber jener anderen Form von Hautdiphtherie, die sich ja auch vielfach in der Inguinal-, Anal- und Genitalregion lokalisiert, aber als multiple unregelmäßige Geschwürsbildung auftritt. Vielleicht findet dieser Unterschied seine Erklärung in einem verschiedenen Infektionsmodus. Es wäre möglich, daß den Fällen echter Analdiphtherie eine Infektion durch die Fäzes zugrunde liegt, während sonst mehr die Infektion durch Autoinokulation oder eine Übertragung durch leblose Gegenstände (Schwämme, Wäsche) in Betracht kommt. Die Ausscheidung vollvirulenter Diphtheriebazillen mit den Fäzes ist seit Schoedels Untersuchungen wiederholt bestätigt worden; auch sind Fälle von echter Diphtherie des Darmes beschrieben. Ob in obigem Falle der Darm an der Erkrankung teilgenommen hat, ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden, das Fehlen von Durchfällen macht diese Komplikation jedoch nicht gerade wahrscheinlich.

Dasjenige, was dieser Beobachtung ganz besonderes Interesse verleiht, ist das Resultat der Antitoxinbestimmung. 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung fanden sich 10 A.-E. im Kubikzentimeter Serum, eine Menge, wie sie bisher noch niemals im Anschluß an eine Diphtherieerkrankung auch nur annähernd nachgewiesen worden ist. B. Hahn nennt als höchsten Wert 2,5 A.-E., Schick über 0,8 A.-E., Beyer 4 A.-E., doch sind diese letzten Untersuchungen nicht zu verwerten, da Beyers Arbeit technische und rechnerische Fehler aufweist. Untersuchungen bei Hautdiphtherie sind bisher noch nicht bekannt geworden. Die Tatsache, daß der von Verf. gefundene Antitoxinwert die bisher bei Rachendiphtherie erhobenen weit übertrifft, legt den Gedanken nahe, daß es die Hauterkrankung gewesen ist, durch welche die starke Antitoxinproduktion angeregt worden ist.

Recht bemerkenswert erscheint, daß der hohe Antitoxinwert bei einem 10 Monate alten Säugling gefunden wurde. Diesem Lebensalter wird nämlich vielfach die Fähigkeit starker Antitoxinbildung abgesprochen. Seit Molls tierexperimenteller Arbeit über das Verhalten des jugendlichen Organismus gegen artfremdes Eiweiß und über seine Fähigkeit, Antikörper zu bilden, wird immer wieder betont, daß ein durchgreifender Unterschied zwischen jungem und erwachsenem Organismus bezüglich der Antikörperbildung besteht. Die Tierexperimente von Reymann und Wegelius sind offenbar nicht genügend bekannt geworden, um dieser Anschauung die Grundlage zu entziehen. Durch obige Beobachtung wird nunmehr der Beweis erbracht, daß auch der menschliche Säugling bereits die Möglichkeit starker Antitoxinbildung besitzt.

Für die praktischen Immunisierungsversuche von der Haut aus aber ist es bedeutungsvoll, zu wissen, daß ein relativ hoher Antitoxinwert auch durch eine leichte Erkrankung erzeugt werden kann. Daß es sich hier um eine solche handelte, geht ohne weiteres aus der Krankengeschichte hervor. Verf. betont noch einmal, daß jegliche Behandlung, insbesondere die Injektion von Diphtherieheilserum unterlassen

wurde. Er weist ferner auf die geringen Fieberbewegungen hin, das kaum gestörte Allgemeinbefinden, die Gewichtszunahme von 80 g und die schnelle Epithelisierung der Geschwürsfläche. Spontan ist also jedenfalls das möglich, was wir als Ziel einer brauchbaren aktiven Immunisierung hinstellten, nämlich hohe Antitoxinbildung bei verhältnismäßig geringer Lokal- und Allgemeinreaktion. Grätzer.

Ernst Sehrt (Freiburg i. Br.), Die Extraktion der Lungenfremdkörper beim Kinde. (Ebenda.) Zurzeit ist die primäre Tracheotomie mit nachfolgender unterer Brochoskopie bei Kindern, besonders aber bei denen, die auch nur zum leisesten Verdacht auf Status thymolymphaticus oder Schilddrüsenabnormitäten Anlaß geben, das lebenssicherste Verfahren der Fremdkörperextraktion. Hier darf die Frage der größeren „Operationseleganz" der oberen Methode nicht ins Gewicht fallen, zumal es für den, der bronchoskopieren kann, wirklich kein Kunststück ist, das Rohr durch den Kehlkopf zu entrieren und den Fremdkörper in um ein paar Zentimeter größerer Entfernung unter der glänzenden Beleuchtung des Brüningschen Apparates zu fassen. Grätzer.

Oscar Vulpius, Das Dauerresultat nach Operation der habituellen und der chronischen Verrenkung der Kniescheibe. (M. Kl. 1914 Nr. 6.) Ein Längsschnitt zieht am Innenrand der Patella und des Ligamentum patellae proprium bis zur Insertion der letzteren. Das Band wird in seiner ganzen Länge sagittal gespalten und so halbiert. Die laterale Hälfte wird auf der Tuberositas tibiae abgetrennt, unter dem stehengebliebenen Bandanteile medialwärts verlagert und möglichst medial an der Tibia verankert. Zu diesem Zwecke wird deren Periost in Gestalt eines Brückenlappens eventuell unter Mitnahme von etwas Knochen aufgehoben, das Ligament darunter durchgeleitet und jenseits unter starker Spannung vernäht. Durch den so gebildeten straffen Zügel sichert man die Patella gegen das Abgleiten nach außen.

Die stehengebliebene Bandhälfte erscheint nach der Fixierung gewöhnlich stark erschlafft, sie wird zweckmäßig dadurch angespannt, daß man sie in einer Falte aufhebt und diese am Apex patellae festnäht.

Als Hilfsoperation empfiehlt Verf. je nach dem Befund im Einzelfall Osteotomie des Femur, Raffung der medialen Gelenkkapselpartie, Fixation des Sartorius oder eines anderen medial gelegenen Muskels am Innenrande der Patellae. Die Ruhigstellung im Verbande dauert drei bis vier Wochen, falls nicht eine Osteotomie gemacht werden mußte.

Und nun einige Operationsgeschichten:

G. H. Zwölfjähriges Mädchen. Mit vier Jahren soll sie wegen Genu valgum osteotomiert worden sein. Seit anderthalb Jahren fällt sie immer häufiger und mit großer Heftigkeit beim Gehen zu Boden. Es besteht jetzt noch ein mäßiges X-Bein links. Die Kniescheibe ist hier außerordentlich locker. Sobald das Kniegelenk gebeugt wird, gleitet die Patella über den Condylus lateralis nach außen und dreht sich dabei um ihre Längsachse. Anfang August 1912 wird links die typische Operation gemacht und die suprakondyläre Osteotomie hinzugefügt. Die Nachbehandlung wurde ambulant durchgeführt.

Heute nach $1^1/_2$ Jahren stellt sich das Mädchen vollkommen beschwerdefrei vor. Das Kniegelenk ist völlig frei beweglich, die Kniescheibe steht normal. Das Kind vermag mit dem operierten Beine voran auf einen Stuhl zu steigen, ohne daß die Patella irgendwelche Neigung zur seitlichen Abweichung zeigt.

D. K. Zwölfjähriger Knabe. Die schweren angeborenen Klumpfüße wurden während der ersten sechs Lebensjahre wiederholt behandelt. Seit vier Jahren soll die seitliche Verschiebung beider Kniescheiben bemerkt worden sein und zunehmende Beschwerden erzeugt haben, so daß in letzter Zeit das Treppengehen, besonders auch das Abwärtssteigen, kaum noch möglich war. Beide Kniegelenke zeigten eine auffällige Verbreiterung. Beim Kniebeugen sieht man die Gelenkenden auffällig prominieren, der Finger kann tief in den Gelenkspalt eindringen. Die Kniescheiben stehen an der Außenseite der Kniegelenke in der Sagittalebene, sie rücken bei der Flexion noch weiter nach hinten. Links besteht ein erhebliches Genu valgum. Im August 1911 wird beiderseits die typische Operation gemacht, rechts außerdem Raffung der Gelenkkapsel, links Überpflanzung eines Adduktor auf die Patella und Osteotomie der Tibia. Nach $4^1/_2$ Wochen Beginn der Nachbehandlung, die 6 Wochen fortgesetzt wird.

Heute nach $2^1/_2$ Jahren ist die Verrenkung als dauernd beseitigt zu betrachten. Die Kniescheiben stehen links ideal, rechts etwas weiter außen als normal, aber einwandfrei fixiert. Die Kniegelenke sind frei beweglich. Der Junge ist ein andauernder Läufer und bereits in der Landwirtschaft tätig, ohne irgendwelche Beschwerden zu fühlen. Dieser letzte Fall war ein besonders schwerer, weil die Verrenkung bereits einen Dauerzustand darstellte, wenn sie nicht, was Verf. höchstwahrscheinlich ist, als kongenital aufzufassen ist. Hier hatte die Operation also gewiß eine Kraftprobe zu bestehen und hat sie bestanden.

Die Nachuntersuchung bei den Patienten hat das in die Operation gesetzte Vertrauen als durchaus berechtigt erkennen lassen, so daß Verf. dieselbe als Methode der Wahl dringend empfehlen kann.

Grätzer.

Peters (Halle), Beeinflussung der Schulleistungen unserer Volksschulkinder durch körperliche Störungen. (Ebenda.) Einflußlos waren Wucherungen, schlechte Gebisse, Drüsen. Am deutlichsten war der Einfluß durch Ohrenkrankheiten zu konstatieren.

Grätzer.

Stenger (Königsberg i. Pr.), Zur Anästhesie bei Rachenmandeloperationen. (Ebenda.) Die Anästhesie zur Entfernung der Rachenmandel, für die so mancherlei insbesondere bei Kindern schwierig auszuführende Verfahren empfohlen sind, läßt sich in ganz einfacher Weise derart erreichen, daß man an der Grenze des harten und weichen Gaumens in der Mittellinie mit einer Injektionskanüle einsticht und in schräg nach hinten und oben geführter Richtung so weit vorgeht, bis man, das Gewebe der Rachenmandel durchdringend, von dem oberen Pole der Rachentonsille aus in dem Gewebe die Injektionsflüssigkeit entleert. Die injizierte Flüssigkeit breitet sich gleichmäßig nach allen Seiten aus, so daß eine völlige Anästhesie erzeugt wird. Die operative Entfernung der Rachenmandel kann nach einer einmaligen Injektion völlig schmerzlos vorgenommen werden. Die anfangs geübte Art der Anästhesierung, außer der ersten Injektion auch noch seitliche Injektionen nach dem Ansatze des Ha-

mulus pterygoideus hin anzuwenden, hat sich in späteren Fällen als unnötig erwiesen, da fast ausnahmslos eine einzige, richtig ausgeführte Injektion völlig ausreichend war.

Der Vorzug dieser Injektionsmethode ist der, daß sie auch bei kleineren Kindern leicht ausgeführt werden kann, da sie sich in ganz unauffälliger Weise an eine scheinbar harmlose Untersuchung des Rachens mit einem Spatel anschließen läßt. Die Injektion wird in unauffälliger Weise vorbereitet. Unter Benutzung eines knieförmig abgebogenen Spatels, mit dem man die Sicherheit hat, den Unterkiefer abwärts zu fixieren, wird unbemerkt die Nadel eingestochen. Die Schmerzempfindung auch ohne vorherige Kokainisierung ist auffallend gering. Es erfolgt nur in ganz seltenen Fällen eine Würgbewegung.

Als Vorbedingung des Eingriffs ist darauf zu achten:

1. Der Kopf des Kindes (Patienten) muß sicher fixiert werden.

2. Der Spateldruck muß so sein, daß der Mund auch offen gehalten wird. Mundsperrer ist unnötig.

3. Es muß eine geeignete Injektionsspritze und Nadel benutzt werden.

Von größter Bedeutung ist die Beschaffenheit der Injektionsspritze und der zugehörigen Nadeln.

Bei seinen ersten Versuchen benutzte Verf. Spritzen mit knieförmig abgebogenen Kanülen, ähnlich der zu Septumoperationen usw. angegebenen. Die Anwendung dieser abgebogenen Kanülen ist durchaus unzweckmäßig, da sie unhandlich sind, die Schnelligkeit des Eingriffs behindern und die Übersicht erschweren. Einfache Stahlkanülen, ganz besonders solche mit verstärktem Ansatzteil, sind durchaus unbrauchbar, weil bei den geringsten Störungen bei Vornahme der Injektion, wie sie durch unzweckmäßige Wahl des Einstichorts oder durch Würgbewegungen und Widerstandsbewegungen des Patienten bedingt sind, stets an der Stelle der Verstärkung abbrechen und dann zu den größten Unannehmlichkeiten führen können. Verf. ist deshalb dazu übergegangen, ausschließlich Kanülen aus Platinridium zu versuchen, und zwar unter Benutzung einer einfachen Rekordspitze. Der Vorzug dieser Kanülen ist der, daß sie nicht abbrechen und außerordentlich leicht die Gewebe durchdringen.

Da es gerade bei Kindern darauf ankommt, die Injektion möglichst unauffällig und schnell vorzunehmen, so scheint der Vorzug einer Injektionsspritze mit geraden Kanülen dadurch gegeben, daß man die gerade Spitze sicherer in der Hand hat als eine winklig abgebogene. Nach erfolgtem richtig gewählten Einstich ist es leicht, selbst bei ungenügender Beleuchtung die Nadel richtig dirigieren zu können.

Bei ruhigen Kindern und Erwachsenen ist der Erfolg der Anästhesie auffallend zuverlässig. Grätzer.

Engel (Berlin), Über die Dosierung von Arzneimitteln im Kindesalter. (Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 5.) Verf. zeigt an einzelnen Beispielen, wie wenig präzis, wie widersprechend die Angaben der Autoren über Dosierung von Arzneimitteln (z. B. Chloralhydrat, Py-

ramidon, Digalen usw.) bei Kindern sind. Hier mußte eine systematische Arbeit einsetzen. Grätzer.

Friedrich Mielke, Beitrag zur Behandlung von Tetanus mit Magnesium sulfuricum. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Göttingen.) (Ther. Mh. 1914 Nr. 4.) Der beobachtete Fall kam fünf Tage nach dem ersten Anfall. Es handelt sich um ein $5^3/_4$ Jahr altes, kräftiges Mädchen. Die Muskulatur war spastisch kontrahiert. Beiderseits bestand ein Spitzfuß. Beim geringsten Geräusch bekam sie einen typischen Tetanusanfall. Sie soll zu Hause alle 5 Minuten einen Anfall gehabt haben.

Weit davon entfernt zu behaupten, daß man Tetanus durch Magnesium heilen kann, hat man doch das Kind über die lange schwere Zeit der Anfälle damit hinweggebracht. Es waren 16 Tage, wo zahlreiche Anfälle sich einstellten, die man nur durch die großen Dosen von 3 g = 15 cbm der 20 proz. Lösung kupieren konnte.

Selbstverständlich wurde für möglichste Ruhe und größte Pflege gesorgt. Es gelang, nur mit der Flasche dem Kinde die nötige Flüssigkeit (es trank täglich über 1 Liter Milch) beizubringen und durch reichliches Umbetten den Dekubitus zu verhüten.

Man kann bei Tetanus Magnesium sulf. in 20 proz. Lösung gut auch subkutan anwenden, und in so großen Dosen, daß die Anfälle wesentlich herabgesetzt werden und eine Erschlaffung der Muskeln erreicht wird. Man hatte ohne Magnesium in der schwersten Zeit z. B. in 24 Stunden 64 leichte und 11 schwere Anfälle, mit Pantopon und Chloral ohne Magnesium in 34 Stunden 46 leichte und 11 schwere, und mit Magnesium bei 3—4 maliger Injektion von je 3 g innerhalb 24 Stunden 20 leichte und 1—2 schwere Anfälle.

Wenn das Kind durch die oben erwähnte Kombination von 1 g Chloral und 0,01 bis 0,02 Pantopon vorbereitet wurde, so war auch der Anfall, der durch den Schmerz des Einstichs hervorgerufen wurde, zu vermeiden.

Die subkutane Anwendung ermöglicht die Durchführung der Therapie überall, so daß man sie wohl als eine Bereicherung unserer therapeutischen Mittel wird begrüßen können.

Die Dosis betrug 3 g Magnesium sulfuricum in 15 g Wasser, also etwa 0,17—0,18 pro kg, die Tagesdosis also 0,5—0,7 pro kg, während Melzer und Auer 0,4—0,6 pro kg für Operationsnarkosen und Berend bei Spasmophilie 0,2—0,4 pro kg als Einzeldosis anwenden. Verf. ist daher vielleicht zu vorsichtig gewesen, doch ist ein tastendes Vorgehen dringend anzuraten. Grätzer.

Hans Januschke, Zur internen Kalziumbehandlung des Schnupfens. (Aus dem pharmakologischen Universitäts-Institut und der Universitäts-Kinderklinik in Wien.) (Ztschr. f. Balneologie 1913 Nr. 9.) Die Schwellung der Nasenschleimhaut und die flüssige Sekretion oder Exsudation treten bei vielen Rhinitiden als besonders ausgeprägte und unangenehme Entzündungserscheinungen hervor. Auf Grund experimenteller Analogien versuchte Verf. diese Symptome durch interne Behandlung mit Kalksalzen zu bekämpfen.

Die Kalziumwirkung beim menschlichen Schnupfen beobachtet Verf. nunmehr seit drei Jahren und hat folgenden Eindruck gewonnen: Die Kalziummedikation bringt nicht bei allen Formen von Rhinitis Erfolg, gleichwie sie auch im Tierexperiment nicht gegen sämtliche seröse Exsudationsvorgänge wirkt. Aber in sehr vielen Fällen von akutem und chronischem Schnupfen, auch bei wochen- und monatelanger Dauer, scheint sich die Kalziumtherapie tatsächlich bewährt zu haben. Die Beobachtungen stimmen fast alle darin überein, daß am zweiten oder längstens am dritten Tag der Behandlung die Schwellung der Nasenschleimhaut und die flüssige Transsudation beträchtlich verringert oder ganz beseitigt sind. Viele Patienten haben, ähnlich wie sonst die Speisesoda, nunmehr eine Schachtel oder ein Glas voll milchsauren Kalziums zu Hause vorrätig und nehmen davon kaffeelöffelweise ein, sobald sie einen beginnenden Schnupfen spüren. Wiederholt wurde Verf. berichtet, daß auf diese Weise ein kommender Schnupfen sich koupieren lasse. Unter den beobachtenden Patienten befinden sich auch solche mit chronischen Katarrhen der Nase und der Nebenhöhlen, welche früher jahrelang von häufigen Exazerbationen befallen wurden. Seitdem sie das Kalziumlaktat verwenden, fühlen sie sich von solchen Verschlimmerungen nahezu befreit.

Da das Kalzium im Tierversuch die Exsudationsvorgänge bei der Jodnatriumvergiftung verhütet, wandte Verf. das Kalziumlaktat auch prophylaktisch bei Jodschnupfen und Laryngitis der Menschen an und konnte bei jodempfindlichen Individuen während einer neuerlichen Jodnatriumkur die Schleimhautentzündungen durch gleichzeitige Kalziummedikation verhüten oder sehr abschwächen.

Seit drei Jahren beobachtet Verf. ferner einen Patienten, der durch mindestens zehn Jahre regelmäßig in der zweiten Hälfte des Mai von einem Heuschnupfen mit starkem Nießreiz und heftiger Sekretion befallen wurde. Er durchnäßte täglich zehn Taschentücher und mehr. Hier bewährte sich die Kalziumdarreichung aufs beste, indem es jedes Jahr gelang, die Exsudation binnen einigen Tagen einzuschränken, so daß der Patient nunmehr mit einem Taschentuch für zwei Tage ausreicht. Das Kalziumlaktat wurde hier nicht prophylaktisch, sondern stets therapeutisch nach dem Ausbruch der Krankheitserscheinungen gegeben, und zwar über den Eintritt der Wirkung hinaus, mehrere Wochen lang.

Schließlich sah Verf. in letzter Zeit, daß auch bei zahlreichen Rhinitiden der Säuglinge die Exsudationserscheinungen durch Kalk sich rasch beheben lassen. Wiederholt führte Verf. den Versuch aus, zwei Tage hindurch Kalziumlaktat zu verabreichen; dann hörte die schleimig-flüssige Sekretion auf. Nach dem Aussetzen des Medikamentes kehrte sie wieder, um auf neuerliche Kalziumdarreichung abermals zu schwinden.

Was die Technik der Kalziumbehandlung betrifft, so verwendet Verf. das in Lösung neutral reagierende Kalziumlaktat, kaffeelöffelweise in wässeriger Lösung oder Aufschwemmung. Anfänglich verabreichte er bloß 3—4 g täglich, ist aber im Laufe der Zeit bis zu 3 oder 4 gestrichenen oder leicht gehäuften Kaffeelöffeln voll gestiegen. Ein gestrichener Kaffeelöffel enthält ungefähr 2,5 g und ein leicht

gehäufter 3,5 g Kalzium lacticum. Der Kalziumgehalt ist annähernd $^1/_5$ davon. Die Tagesmenge von Kalziumlaktat beträgt also im Maximum rund 10—14 g. Die kaffeelöffelweise Verwendung des Kalziumlaktates ist sehr einfach und deshalb für den Hausgebrauch geeignet. Es ist aber nicht empfehlenswert, wie dies bei der Speisesoda meist üblich ist, das Kalziumpulver trocken in den Mund zu nehmen und Wasser nachzutrinken; denn dabei bildet sich eine mörtelartige Masse, welche an der Mundschleimhaut festklebt. Sondern man löst das Kalziumsalz zuerst in Wasser auf oder, was noch rascher und ohne Erwärmen des Wassers geht, man schwemmt das Pulver durch Umschwenken des Glases oder durch Verrühren mit dem Löffel etwa in einem halben Trinkglas voll Wasser möglichst fein auf und trinkt die Suspension rasch aus. Leute mit empfindlichem Geschmackssinn stoßen sich des öfteren an dem faden und manchmal leicht bitteren Geschmack des Kalziumlaktates. Diese störenden Empfindungen kann man durch Zuckerwasser oder Himbeersaft leicht verhüten. Um das Kalziumsalz rasch der Darmresorption zuzuführen, erscheint es vorteilhaft, die einzelnen Dosen bei möglichst leerem Magen einzunehmen, also zwischen den Mahlzeiten, etwa eine Stunde vor dem Essen.

Säuglingen verabreicht Verf. 1 g Kalziumlaktat in 70 g Wasser gelöst und läßt davon stündlich einen Kaffeelöffel voll nehmen. Diese Lösung kann mit Saccharin versüßt werden.

Die Dauer der Kalziumkur beträgt mindestens vier Tage. Vorteilhafter ist es aber, das Kalziumlaktat durch eine Woche und bei langdauernden Rhinitiden, z. B. beim Heuschnupfen, auch mehrere Wochen fortzunehmen. Bisher sah Verf. innerhalb von drei Jahren selbst bei wochenlanger und wiederholter Anwendung keine unangenehmen oder schädlichen Nebenwirkungen, auch bei alten Leuten nicht.

Grätzer.

Maurice (Berlin), Behandlung der Taubheit durch Wiedererziehung des Gehörs. (Mschr. f. Ohrenhlk. 1913. H. 6.) Verf. versteht unter „Taubheit" eine ausgesprochene Schwerhörigkeit, bei welcher die menschliche Stimme ad concham verstanden wird. Ein Erfolg wird dann verzeichnet, wenn die Entfernung, aus der Pat. die menschliche Stimme hört, nach der Behandlung 10 mal größer ist, als vorher. Nach dem Verf. ist jedes Sinnesorgan zu erziehen; ebenso wie der Tast- und Geschmackssinn durch die in Betracht kommenden Reize zu erziehen sind, ist auch ein krankes Ohr durch Schallwellen zu erziehen. Da die menschliche Stimme zu zart und unvollkommen ist, hat Verf. ein „Kinesiphone" konstruiert, einen elektrischen Apparat, welcher alle Töne von 80 bis 3500 Schwingungen erzeugt. Durch Leitungsschnüre und Telephonrezeptoren werden die Schallschwingungen dem Ohr zugeleitet, die Schwingung der Membran gibt deutlich die Empfindung der Massage. Die Intensität des Tones ist je nach der Empfindlichkeit des Ohres einzustellen. Verf. will 75% Heilungen, 20% halbe Erfolge und 5% Mißerfolge gehabt haben. Am hartnäckigsten sind die Fälle, bei denen das Labyrinth stark ergriffen ist, und bei denen Ohrsausen sehr heftig ist, gutartig sind die infantile Sklerose, die einseitigen Schwerhörigkeiten, die tympanischen und

tympano-labyrinthischen, wenig markanten Sklerosen und die Narbenotitiden. A. Sonntag (Berlin).

William Leede (Hamburg), Bakteriologische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis bei Diphtherie. (Ztschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten 70. S. 104.) Aus den Untersuchungen des Verfassers ergibt sich, daß nach den Ergebnissen der ante mortem gemachten Untersuchungen der Übertritt von Mikroben in die Zerebrospinalflüssigkeit nicht lange vor dem Tode erfolgt.

Daß das Eindringen der Mikroorganismen in den Lumbalkanal am häufigsten in den ersten 2 Krankheitswochen erfolgt.

Daß die Diphtheriebazillen nur selten in dem Liquor spinalis sich nachweisen lassen: unter 90 Fällen nur dreimal.

Daß nur in solchen Fällen die Löfflerbazillen sich im Liquor fanden, bei denen gleichzeitig eine durch dieselben oder mit anderen zusammen verursachte Bakteriämie bestand.

Daß der Liquor bei schweren Diphtheriefällen unter beträchtlichem Druck steht.

Daß in keinem Fall von schwersten, früh oder spät aufgetretenen postdiphtherischen Lähmungen sich Löfflerbazillen im Liquor fanden. K. Boas.

Adolf Sohn, Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Unterlippenfisteln und ihrer Entstehung. (A. d. Chirurgischen Klinik d. Universität in Leipzig. Inaug. Dissert. Leipzig 1913.) Der vom Verf. beobachtete Fall ist dadurch ausgezeichnet, daß er als der einzige — ein gleicher Fall ist bisher in der Literatur nicht verzeichnet — nur eine Unterlippenfistel, und zwar linkerseits nahe der Medianlinie aufwies, und daß zugleich rechterseits eine genauer beschriebene Furche sich fand, wie sie in ähnlicher Weise von Lannelongue im Jahre 1879 einmal bei einem 14 jährigen Mädchen gesehen und beschrieben ist. Verf. hält diese Furche für eine nicht geschlossene Fistel. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten ergab im allgemeinen einen ähnlichen histologischen Befund, wie die übrigen drei mit Hilfe des Mikroskopes untersuchten Unterlippenfisteln. Eine besondere Ähnlichkeit besteht zwischen dem Falle des Verf.s und einem ähnlichen, früher von Stieda (Arch. f. klin. Chirurgie Bd. 79. S. 309. 1906) mitgeteilten Falle. K. Boas.

M. Kassel, Über Leberzirrhose unter Beifügung eines Falles von hypertrophischer Leberzirrhose im Kindesalter. (Aus dem städtischen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus Leipzig.) (Inaug.-Dissert. Leipzig 1912.) Bei dem von der Verfasserin beobachteten Falle ergibt sich das Vorliegen einer verhältnismäßig jungen hypertrophischen Leberzirrhose, welche einen autoptischen Nebenbefund bei dem an deszendiertem Krupp verstorbenen Kinde darstellte.

Es kann nicht wundernehmen, daß bei dem raschen Verlauf der tödlichen Erkrankung das klinische Interesse sich auf den diphtheritischen Prozeß konzentrierte, zumal ein Hinweis auf die Leberaffektion durch kein weiteres Symptom und keine anamnestischen Klagen gegeben war. Die Leberaffektion war bis dahin latent verlaufen, noch-

malige anamnestische Erhebungen deckten keine der üblichen ursächlichen Momente (insbesondere Alkoholismus und Lues) auf.

K. Boas.

G. Poetzsch, Über die Behandlung der Diphtherie mit großen und kleinen Serummengen. (Aus der inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Johannstadt.) (Inaug.-Dissert. Leipzig 1912.) Das Diphtherieheilserum bewirkt, in hohen Immunisierungs-Einheiten gegeben, keinen leichteren Verlauf der Erkrankung.

Die toxischen Symptome lassen sich auch durch frühzeitig angewendete hohe Dosen nicht vermeiden.

Bei allen Fällen von Diphtherie ist eine Immunisierungsmenge von wahrscheinlich 1500—4000 Einheiten ausreichend. K. Boas.

A. Ulrich, Ergebnisse und Richtlinien der Epilepsietherapie, insbesondere der Brombehandlung in Verbindung mit salzarmer Kost. (Aus der Schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich.) (Ergebnisse d. inneren Medizin u. Kindhlk. 12. 1913. S. 363.) Auf Grund seiner umfangreichen Erfahrungen an dem Material der Schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich gibt Verf. eine ausführliche Schilderung seiner Prinzipien bei der Epilepsiebehandlung. Wenngleich die Arbeit dem Fachmanne nichts Neues bringt, so darf sie doch als eine wertvolle zusammenfassende Darstellung auf diesem Gebiete bezeichnet werden. K. Boas.

Hans Hüttner, Ein Beitrag zur Entstehung von Herzklappenfehlern durch Trauma. (Endokarditis im Anschluß an eine Verbrennung.) (Diss. Erlangen 1913.) Nach einem geschichtlich orientierenden Überblick werden zunächst die Art und Weise der Entstehung von Herzerkrankungen auf traumatischer Basis besprochen, daran anschließend aus der neueren Literatur zwei Fälle kurz skizziert, in denen sich eine sekundäre Beteiligung des Herzmuskels bzw. seiner einzelnen Teile in kontinuierlichem Zusammenhang mit einem durch ein Trauma hervorgerufenen infektiös-septischen Zustand an der Körperoberfläche feststellen ließ.

Bei dem eigenen Falle des Verf. handelt es sich um einen traumatischen Herzklappenfehler (Mitralstenose) bei einem gutgenährten 6 jährigen Kind, das früher immer gesund war und in seinem 6. Lebensjahr eine ziemlich schwere Verbrennung im Gesicht und an den Armen erlitt, an deren Folgen es 9 Wochen im chirurgischen Spital lag. Die Brustorgane, Lungen und Herz, wurden damals als vollständig normal befunden. Aus dem protrahierten Heilungsverlauf dieser Verbrennung sei besonders das Stadium der Vereiterung sämtlicher Brandblasen am rechten Arm erwähnt, da sich erfahrungsgemäß nicht gerade selten septische Prozesse im ganzen Organismus als Komplikation hinzugesellen können, wie aus der Literatur mit Sicherheit hervorgeht; so teilt uns Korolenko einen Fall mit, wo er nach einer Verbrennung am freien Rand der Aortenklappen ziemlich große Ulzerationen mit verrukösen Gewächsen bedeckt fand. Bei relativem Wohlsein des Kindes nach der im Juli 1903 erlittenen Verbrennung sehen wir nun die ersten subjektiven Herzbeschwerden — heftiges Herzklopfen — erst im November 1908 auftreten; das Herzklopfen wurde

im April 1909 besonders stark, und jede Bewegung wurde durch die dabei auftretende Atemnot sehr erschwert. Der ganze weitere klinische Verlauf ließ an der Diagnose einer mit Insuffizienz kombinierten Stenose des Mitralostiums keinen Zweifel aufkommen und wurde auch durch den Autopsiebefund im Juli 1909 in allen seinen Einzelheiten bestätigt. (Patholog. Institut Erlangen, Prof. Hauser.) Auf Grund eingehenderen Studiums der Frage der Endokarditis nebst ihren Folgezuständen kommt Verf. zu der Ansicht, daß wir es bei dem pathologisch-anatomischen Bild der knapp für den kleinen Finger noch durchgängigen Mitralklappe mit den narbigen Residuen einer längst abgelaufenen Endokarditis zu tun haben, die hauptsächlich in diesem Fall auf die Sehnenfäden an der Mitralis lokalisiert war (Endocarditis chordalis retrahens nach Kaufmann), während es sich bei der mohnkornartigen allerkleinsten Wärzchen am Schließungsrand der Trikuspidalis um eine relativ frische verruköse Endokarditis gehandelt haben dürfte, deren Erreger ihren Ausgangspunkt wohl von irgend einem latent gebliebenen, eitrig metastatischen Herd auf dem Blutwege hierher genommen haben. In der Beurteilung des ganzen Falles geht man wohl nicht fehl, wenn man aus dem schleichend und sich fast über mehrere Jahre hinaus sich erstreckenden Krankheitsverlauf auf eine besonders leichte, infektiös-toxische Endokarditis traumatischen Ursprungs (Verbrennung) schließt, die ihren Grund in einer relativ schwachen Virulenz der Mikroorganismen haben und in ihrer Bedeutung der sogen. rekurrierenden Form der verrukösen Endokarditis sehr nahe stehen dürfte. Sechs Monate vor der Verbrennung hatte das Kind eine zu ausgedehnten fibrösen Adhärenzen führende gemeine Lungenentzündung überstanden, und so wäre immerhin bei scharf-kritischer Beurteilung der ganzen Sachlage die Frage einer Betrachtung wert, ob nicht der Verbrennung evtl. nur die Rolle eines unterstützenden Momentes für die Entstehung der Endokarditis zufällt, insofern als die von den vereiternden Brandblasen eingedrungenen Staphylo- und Streptokokken an dem vielleicht durch Pneumokokken geschwächten Endokard besonders günstige Bedingungen zu ihrer Ansiedlung und weiteren Entwicklung fanden.

Verf. selbst ist jedoch durchaus geneigt, eine Endokarditis im Anschluß an die Pneumonie auszuschließen und an dem ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Trauma der Verbrennung und der Mitralstenose, auf Grund des ganzen lückenlosen klinischen Materials, festzuhalten. Würde sonach der angezeigte Fall bezüglich seiner Entstehungsursache als einzig in der Literatur dastehend angesprochen werden dürfen, so ist er als Beitrag zur Frage der Entstehung einer traumatischen Endokarditis (chronica) noch dadurch besonders wertvoll, daß er vier Hauptforderungen erfüllt, wenn ein Zusammenhang zwischen einer Herzaffektion und einem Trauma aufgestellt werden soll:

1. Den früheren, von Ärzten als gutbeobachteten Gesundheitszustand;

2. die Schilderung der Art der Entstehung des Leidens durch Augenzeugen;

3. den von ärztlicher Seite vom ersten Tag des Unfalls bis zum Ablauf beobachteten Krankheitsverlauf;

4. den sorgfältig erhobenen Obduktionsbefund.

Im Hinblick auf das jugendliche Alter darf hier die Bedeutung des Einzelfalles für die Rechtsprechung in der Unfallpraxis außer Betracht bleiben. H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Fritz Hutter, Zur Technik der Tonsillektomie nebst Bemerkungen über die feinere Anatomie der Regio tonsillaris. (Aus der laryngolog. Abteilung des Kaiser Franz Joseph-Ambulatoriums in Wien.) (W. kl. W. 1914 Nr. 18.) Die feineren anatomischen Details der Mandelgegend scheinen zu bestätigen, daß der einfachste Weg für die stumpfe extrakapsuläre Auslösung der Tonsille am oberen Pol derselben beginnt und entlang ihrem lateralen und hinteren Umfang ab- und rückwärts fortschreitet; im Gegensatz zu dem zumeist eingehaltenen Operationsmodus, der von der vorderen Peripherie aus vor allem in seitlicher Richtung fortschreitet und die richtige Orientierung oft hindert, aber auch unhandlich ist. Die nun folgende kurze Schilderung der vom Verf. geübten Technik wird den Unterschied am besten illustrieren.

Das Instrumentarium besteht aus einer langen Krallenpinzette, einer fixierbaren Hakenfaßzange, einem schmalen Elevatorium, wie sie Freer zur Resektion der Nasenscheidewand angegeben hat, endlich aus einer einfachen, mit stärkerem Draht armierten Nasenschlinge. Auf eine besondere Konstruktion von Pinzette resp. Zange kommt es nicht an, wichtig erscheint nur, daß zwei Instrumente zum Fassen der Tonsille zur Verfügung stehen, von denen eines fixierbar und sehr grazil sei. Nach Infiltrationsanästhesierung der Tonsillargegend wird, während der Patient die Zunge mit einem Spatel selbst herabdrückt, die Tonsille in der Mitte ihres oralen Teiles mit der Pinzette gefaßt und nach innen vorgezogen. Nun geht man mit dem Rasparatorium zwischen weichen Gaumen und den bereits halb vortretenden oberen Tonsillenpol ein und, indem das Instrument letzteren umkreist, werden sowohl die den supratonsillären Raum medialwärts abschließenden Anheftungen als auch angeborene oder entzündliche Adhäsionen zwischen oberstem Tonsillenabschnitt und weichem Gaumen mühelos gelöst; damit macht man die Regio supratonsillaris zugänglich und mobilisiert gleichzeitig den obersten Teil der Mandel. Zieht man nun kräftig an, so tritt derselbe, wenn er nicht sehr groß ist, ganz vor, oft springt er förmlich unter dem weichen Gaumen hervor und kann mit der Zange gefaßt werden. Von Wichtigkeit ist es nun, das fassende Instrument so anzulegen, daß die eine Branche möglichst weit nach unten und hinten ausgreift. Dies ist gewöhnlich mit keinerlei Schwierigkeiten verbunden, da der obere Abschnitt der Mandel bereits allseits freigemacht ist. Gelingt die völlige Entwicklung nicht, so geht man, ohne die Tonsille vorzuziehen, mit der grazilen Faßzange in den supratonsillären Raum ein und umklammert



den oberen Pol von vorne, oben und hinten, wodurch für die nachfolgende Auslösung ein besonders günstiger Angriffspunkt gewonnen ist. Die meist übliche Technik krankt daran, daß das nur von vorne fassende Instrument bei einigermaßen morscher Beschaffenheit der Tonsille leicht ausreißt. Indem man nun die gut gefaßte Tonsille nach innen und unten zieht, gleichsam luxiert, ergibt sich eine überraschende Zugänglichkeit der extrakapsulären Schichten; wie von selbst lösen sich die zwischen Kapsel und umgebender Muskulatur lateral und entsprechend dem Arcus palatopharyngeus ausgespannten Verbindungen oder werden mühelos mittels des Elevatoriums von der Kapsel abgelöst. Schließlich kann auch der Finger dazu dienen, die Ausschälung so weit zu vollenden, daß das Organ nur mehr im Bereiche der basalen und vorderen Anteile (Plica triangularis) hängen bleibt. Hier bestehen meist stärkere Adhäsionen an die Umgebung, und es hat keinen Sinn, dieselben mit brüsker Gewalt zu durchreißen. Die gewöhnlich nur schmale Verbindungsbrücke läßt sich leicht mit einer einfachen Nasenschlinge durchtrennen, womit die Operation vollendet ist.

Diese Art der Tonsillektomie hat sich Verf. in zahlreichen Fällen bestens bewährt, mit Ausnahme eines Falles, in dem so starke Verwachsungen zwischen Tonsille und Umgebung bestanden und erstere derartig narbig verändert war, daß wohl nach keiner Methode die Operation sich einfach gestaltet hätte. Grätzer.

Josef K. Friedjung, Kritische Beiträge zur Lehre von der Masernerkrankung. (W. m. W. 1914 Nr. 18.) Zusammenfassung. 1. Die allgemein angenommene Lehre von der fast ausnahmslosen Disposition der Menschen für die Masernerkrankung ist dahin zu ergänzen, daß sich einzelne Individuen vielleicht als dauernd masernfest erweisen, andere als temporär immun. (Schema: Infektionsgelegenheit A: die nicht gemaserte Person bleibt gesund. Später Infektionsgelegenheit B: die Person erkrankt). Nicht selten dürfte so eine temporäre Immunität vorgetäuscht werden, wenn das Masernvirus zur Infektion quantitativ nicht ausreichte.

2. Die von Panum sichergestellte Inkubation der Masern von 13—14 Tagen (von der Infektion bis zum Exanthemausbruch) wird nicht allzu selten überschritten und kann bis zu 21 Tagen betragen. Die Ursache ist wahrscheinlich eine familiär herabgesetzte Empfänglichkeit für das Maserngift.

3. Die Behauptung von wiederholten Masernerkrankungen und Masernrezidiven ist noch nicht über jeden Zweifel sichergestellt. Wenn überhaupt, so kommen sie jedenfalls außerordentlich selten vor.

Grätzer.

G. Doberauer, Darmverschluß durch Spulwürmer. (Aus dem Bezirkskrankenhause in Komotau.) (Prag. m. W. 1914 Nr. 17.) Verf. schildert folgenden Fall:

Am 23. Dezember 1913 wurde ein 9 jähriger Knabe aufgenommen, der seit 3 Tagen unter Erbrechen, Stuhl- und Gasverhaltung und Schmerzen im ganzen Bauche erkrankt war; es handelte sich um einen sehr anämischen, verfallen aussehenden Jungen, mit kleinem, sehr frequentem Puls, Fiebertemperatur von 38°, kühler, schweißbedeckter Haut; Unterleib diffus aufgetrieben, bei dem starken

Meteorismus kein sonstiger Palpationsbefund; keine Druckempfindlichkeit des Abdomens. Die Diagnose lautete auf Darmverschluß; lediglich wegen des eigentümlichen, an den bekannten Wurmhabitus der Kinder erinnernden Aussehens wurde vermutungsweise der Verdacht auf Askariden ausgesprochen und sofort zur Laparotomie geschritten. Diese ergab trüben, serösen Erguß in der Bauchhöhle, Dünndarmschlingen stark gebläht, an der Grenze von Ileum und Coecum ein derber, bläulich durchschimmernder Tumor; derselbe wurde vorgewälzt und läßt jetzt durch Betastung durch die kontrahierende Darmwand einzelne Längsstränge erkennen, welche teilweise in das Coecum hineinragen und hier als Spulwürmer erkannt werden. Eröffnung des Ileums und Entfernung von 21 großen Spulwürmern, die sämtlich lebend waren; Naht des Darmes und Schluß der Bauchwunde. Die Genesung war glatt und rasch, es wurde sofort nach der Operation Santonin gegeben, worauf sich noch drei Spulwürmer per anum und zwei per os entleerten. Der Knabe konnte am 4. Januar 1914 sehr erholt und gesund entlassen werden.

Grätzer.

A. Ulrich (Zürich), Beitrag zur Technik der wirksamen Brombehandlung der Epilepsie. (Schweiz. Korr. Bl. 1914 Nr. 21.) Für jede Brombehandlung der Epilepsie gelten folgende Leitsätze:

A. Allgemeines.

1. Nur eine jahrelang ununterbrochene und konsequent durchgeführte Bromkur kann bei Epilepsie dauernde Anfallsfreiheit erzielen.

2. Intermittierende Kuren reagieren stets mit Mißerfolgen.

3. Plötzliches und länger dauerndes Aussetzen des Broms muß als verhängnisvoller Kunstfehler bezeichnet werden, weil der brüske Bromentzug Verschlimmerungen und Status epilepticus eventuell mit letalem Ausgang provozieren kann.

4. Auch nach Ausbleiben der Anfälle soll die Bromkur ununterbrochen jahrelang fortgesetzt werden, in schweren Fällen sogar dauernd.

5. Individuell gestaltete und methodisch durchgeführte Bromkuren bei salzarmer Kost leisten mehr als andere bisher zur Anwendung gebrachte Kuren und auch mit Sicherheit mehr als die Brommedikation mit salzhaltiger Kost.

6. Als anti-paroxysmal wirkende Brompräparate müssen immer noch ausschließlich die Bromalkalien gelten; organische Brompräparate wirken nur in geringem Maße oder gar nicht antiepileptisch.

7. Ein ruhiges, geregeltes Leben — verkürzte Schlafdauer z. B. wirkt anfallerregend — bei totaler und dauernder Alkoholabstinenz ist für jeden Epileptiker unumgänglich nötig.

B. Spezielles.

1. Für jeden Epileptiker soll langsam steigend diejenige Bromdosis bestimmt werden, welche, ohne dauernden Bromismus zu erzeugen, anti-paroxysmal wirkt. Ist diese Dosis einmal genau bestimmt, so ist es zweckmäßig, bei der Verabreichung derselben eventuell jahrelang konstant zu verbleiben. Steigende und fallende Bromdosen führen zu Mißerfolgen.

2. Die meisten Epileptiker werden aber auch mit Bromkuren erst bei angemessenem Kochsalzentzug dauernd anfallsfrei (Toulouse-Richet).

3. Dauerkuren mit kochsalzarmem Regime sind ohne Schaden durchführbar, sofern NaCl nicht zu weitgehend entzogen wird.



4. Extremer Salzentzug eignet sich kaum für Dauerkuren,

a) wegen der Gefahr der Bromkachexie,

b) wegen der eintretenden Brom-Chlorüberempfindlichkeit; denn ein kleines Plus von NaCl kann Anfälle provozieren und ein kleines Plus von Brom Bromismus,

c) wegen der Anfallsgefahr beim Übergange zur salzreicheren Kost (beim Austritt aus der klinischen Behandlung, auf Reisen usw.).

5. Kochsalzgaben von durchschnittlich 5—10 g pro die (die Zubereitung der kochsalzarmen Kost mit diesem NaCl-Gehalt bereitet der Küche durchaus keine Schwierigkeiten; es genügt, salzlose Suppen zu verabreichen und die übrigen Speisen schwach zu salzen) bei Durchschnittsbromdosen von 4—6 g erweisen sich für Dauerkuren als zweckentsprechend.

6. Mit Sedobrol „Roche" (NaBr 1,1, NaCl 0,1 in Kombination mit Extraktivstoffen pflanzlichen Eiweißes als Würze und Fett) wird in jeder Küche die Technik einer schmackhaften salzarmen Kost (salzarmen appetitanregenden Suppe) ermöglicht, wie sie den individuellen Anforderungen entspricht.

7. Der Bromismus läßt sich durch sorgfältig dosierte Kochsalzzufuhr (1—5 g täglich) stets beseitigen, eventuell noch durch angemessene Reduktion der Bromdosen. Länger als ein bis zwei Tage dauerndes gänzliches Aussetzen des Broms ist unnötig und gefährlich.

8. Die Bromhautaffektionen lassen sich, ohne Aussetzen und Reduktion der Brommedikation, wirksam bekämpfen mit Arsen, Kochsalzumschlägen und Unguentum mercuriale; Bromakne und Bromoderma tuberosum innerlich mit Liquor Fowleri 1—9 Tropfen; Bromulzerationen und große Akneknoten mit Quecksilbersalben und -Pflaster (v. Zumbusch).

9. Wo Brommedikation mit NaCl-Entzug die Anfälle nicht beseitigt, kann namentlich bei nächtlichen Anfällen 0,3—1,0 g Chloralhydrat jahrelang ohne Schaden für den Patienten verabreicht werden, sofern das Chloralhydrat in abendlichen Dosen gegeben wird. Die Kombination des Broms mit Chloralhydrat wirkt erhöht anti-paroxysmal (Séguin). Grätzer.

Lamy, Le traitement du torticollis dit congenital. (Gazette des Hôpiteaux 1913 Nr. 147. S. 2081.) Die Behandlung des muskulären Schiefhalses richtet sich nach dem Alter des Kindes. Bei den Säuglingen genügen fast regelmäßig manuelle Redressionen, die, wenn es sich um eine syphilitische Myositis handelt, mit antiluetischer Medikation kombiniert werden. Nach erfolgter Redressionssitzung wird dem Kinde ein aufblaßbarer Gummischlauchkragen umgelegt, der sich auf der kranken Seite stärker aufblasen läßt, und nur während der Übungen entfernt wird. — Im zweiten Kindesalter und bei erfolgloser Redression wird die subkutane Myotomie des Sternocleidomastoideus vorgenommen, die gefahrlos ist, wenn man die vena jugularis externa richtig beiseite drückt. Ihr wird sofort die Anlegung eines redressierenden Gipskragens in stark überkorrigierter Stellung angeschlossen, und dann wird noch 2—3 Monate lang zweimal täglich je 10 Minuten exzentrisch suspendiert. Peltesohn (Berlin).

G. Kimpflin, Les lois de la croissance physique pendant l'enfance et l'adolescence. (Compt. rend. Acad. d. Sc. de Paris, 1914.) (Sitzung 16. März.) Die körperliche Entwicklung der Kinder des ersten Lebensjahres ist zum Gegenstand zahlreicher Untersuchungen gemacht worden, aber hinsichtlich des Schulalters ist das urkundliche Material über diesen Gegenstand weniger reichlich; dies hat Verf. veranlaßt, an die Pariser Akademie der Wissenschaften die Ergebnisse anthropometrischer Beobachtungen zu berichten, die während zehn Jahren am Collège de Normandie erhoben wurden.

Der Bericht stützt sich auf die Beobachtung ein und derselben, während der ganzen Dauer ihrer Schulzeit verfolgten Personen. Dies unterscheidet die Arbeit von ähnlichen, wo man gemeiniglich Messungen vereinigt hat, die sich auf verschiedene Personen gleichen Alters beziehen.

Die Arbeit erhält Interesse und Wert ferner dadurch, daß die Beobachtungen an Kindern gewonnen wurden, die nach einer neuen Erziehungsmethode erzogen wurden, bei welcher man die Schüler unter die besten hygienischen Bedingungen zu bringen bestrebt ist, während sie zugleich einer methodischen und vernünftigen Körperkultur unterworfen werden.

Die so gewonnenen Resultate können also Aufschluß geben über Verbesserungen der Rasse, die man von der allgemeinen Anwendung einer Methode im Voraus erwarten durfte, bei der der körperlichen Ausbildung ein breiter Platz angewiesen ist.

Die Untersuchungen erstreckten sich auf 200 Kinder oder junge Leute von 11—16 Jahren, deren Körperlänge, Gewicht, Brustumfang in Ruhe und forzierter Inspiration sechsmal alljährlich aufgezeichnet wurden.

Für jedes Alter von Jahr zu Jahr, hat man den mittleren Wert der in Zentimetern ausgedrückten Körperlänge, des in Kilogramm ausgedrückten Gewichts und des Thoraxumfanges festgestellt, dieser gegeben durch die Halbsumme der beiden Messungen in forcierter Inspiration und in Ruhe.

All diese Mittelwerte finden sich in nachstehender Tabelle vereinigt:

Alter	Länge	Gewicht	Brustumfang $\left(\frac{C+C}{2}\right)$
11 J.	145	35,8	67,8
12 J.	147,6	38,1	68,9
13 J.	153,5	42,6	73,9
14 J.	163,4	49,5	78,8
15 J.	165,7	54	83
16 J.	167,4	57,1	83,8

Eine Prüfung dieser Tabelle läßt erkennen, daß der Rhythmus des Wachstums in zwei Teile zerfällt: der von 11—14 Jahren, währenddessen die Säugeentwicklung die Oberhand hat, und der von 14—16, wo die Gewichtszunahme dominiert. Um das Präpubertätsalter herum also ändert sich der Rhythmus.

Bemerkenswert ist es auch, daß all diese Ziffern höher als die von verschiedenen Autoren mitgeteilten sind (Quételet, Variot

und Chaumet, Marage, Godin, Mayet). Dies muß den obengenannten, besonderen Bedingungen zugeschrieben werden.

Verf. hat weiterhin untersucht, welche Beziehungen zwischen den so gewonnenen Zahlen bestehen können, und kam dadurch dazu, das Verhältnis des Gewichts (in Grammen umgerechnet) zur Länge (T), das Verhältnis des Gewichts (P) zum Thoraxumfang (C), der Länge zum Thoraxumfang und endlich das Verhältnis des Gewichts zum Produkt der Länge durch den Thoraxumfang zu bestimmen.

All diese Beziehungen finden sich in folgender Tabelle vereinigt:

Alter	$\frac{P}{T}$	$\frac{P}{C}$	$\frac{P}{T \times C}$	$\frac{C}{T}$
11 J.	246,9	528	3,6	2,1
12 J.	258,1	551,5	3,7	2,1
13 J.	276,4	589	3,8	2,1
14 J.	302,3	628,1	3,8	2
15 J.	325,8	650,6	3,9	2
16 J.	341,6	681,4	4	2

Wenn man nun die Variation einer jeden dieser Beziehungen nach dem Alter prüft, so konstatiert man, daß das Verhältnis von Gewicht zur Länge variiert wie die Zahlen 11,2; 30,6; 55,4; 78,9; 94,7; d. h. genau wie 1, 3, 5, 7, 9.

Das Verhältnis von Gewicht : Brustumfang variiert wie: 23,5; 61; 100,1; 122; 153; d. h. genau wie 1, 3, 5, 6, 8.

Das Verhältnis von Länge zum Brustumfang ist konstant und gleich 2.

Das Verhältnis von Gewicht : Produkt der Länge durch Brustumfang schwankt zwischen 3, 6 und 4. Dies die einfachen Beziehungen, die sich während des Wachstums zwischen Länge, Gewicht und Brustumfang bilden; sie drücken nach Verf.s Ansicht in gewissem Maß wenigstens die Gesetze einer Entwicklung in richtigen Proportionen aus. H. Netter (Pforzheim).

Aurel A. Babès, Amputations congénitales des doigts chez un hérédosyphilitique. (Considérations sur l'étiologie de cette maladie.) (Annales de Dermatol. 1914 Nr. 3, März.) Verf. verweist zunächst auf die Seltenheit und die noch recht unvollständig geklärte Ätiologie der Affektion, für die man mehrfache Theorien aufgestellt hat, die sich auf drei zurückführen lassen. I. Kompression durch Nabelschnurschlingen. Diese Theorie, auf ganz wenig Fälle anwendbar, ganz exzeptionell, wird von vielen Autoren überhaupt abgelehnt, obwohl einwandfreie Beobachtungen existieren: Fälle von Hillaret, Weidemann, Ruskin (Bar). II. Kompression durch amniotische Stränge. Es ist die Theorie, welche die meisten Anhänger hat und, in der Tat, es gibt beweiskräftige Fälle, bei welchen man um die amputierten Gliedmaßen amniotische Stränge findet; sie sind selten ohne Zweifel, aber sie existieren: Wolf, Pinard usw. Aber die Seltenheit der Feststellungen ebenso wie die Seltenheit des Nachweises abgetrennter Segmente in der Amniosflüssigkeit machen es, daß selbst diese Theorie nicht von allen Autoren angenommen wird.

III. Da diese beiden Erklärungen schwache Seiten haben, mußte man nach anderen suchen. Die eine nimmt eine Gangrän durch Ar-

terienschädigungen des amputierten Körperteils an, eine andere eine Sklerose der Haut im Bereich der Amputation, welche zur Retraktion und Abtrennung der darunterliegenden Gewebsschichten führt.

Aber das Vorkommen gewisser Fälle einer auch noch nach der Geburt sich weiterentwickelten Amputation von Fingern, von Lancereaux unter dem Namen „Trophoneurose der Extremitäten" veröffentlichte Fälle, auch manche der unter dem Namen „Ainhurn" bekannt gewordene Fälle haben an die Möglichkeit einer anderen Entstehungsursache der angeborenen Amputationen denken lassen. Von den gleichen Einwänden bestimmt, nahm der bekannte Kliniker selbst eine nervöse Ursache trophischer Art für diese Difformitäten an. Einige seitdem erfolgte Veröffentlichungen haben aber nun die Frage aufgedrängt, ob all diese Fälle sich nicht durch eine gemeinsame Ursache erklären lassen: die Syphilis.

In dem angezeigten Fall handelt es sich um ein syphilitisches Kind, mit entsprechenden Stigmata und positiver Wa.R. Ähnliche Deformationen bei syphilitischen Kindern finden sich in zwei anderen Fällen beschrieben, die 1898 in der Soc. fr. de Dermatol. et de Syphil. mitgeteilt worden sind.

Der erste Fall ist der von Gastou: Es handelt sich um ein Kind mit angeborener Amputation, mit Fehlen mehrerer Fußknochen und Syndaktylie; der Vater hatte fünf Jahre vor der Geburt dieses Kindes einen syphilitischen Schanker; dieses zeigt kein Merkmal der Erbsyphilis.

Der zweite Fall, von Barthélémy, betrifft ein zweijähriges Kind mit angeborener Amputation des linken Armes; die Mutter war syphilitisch und hatte zwei totgeborene mazerierte Kinder schon zur Welt gebracht.

Der angezeigte Fall nun betrifft einen 7 jährigen Knaben von anscheinend gesunden Eltern; außerdem ein gesunder Bruder, keine Infektions- oder andere Krankheiten. Von der Mutter gestillt. Seit sich der Knabe erinnern kann, sind Hände und Füße deformiert, und der primäre Zustand hat seitdem keine Änderung erfahren, die Deformationen der Hände sind, wie sie im Beginn waren. Körperlänge dem Alter entsprechend; Knochensystem, mit Ausnahme der Knochen der Extremitäten, durchaus normal; Lymphdrüsen wenig hypertrophisch. Am Kopf nichts Anormales; an den unteren Schneidezähnen zahlreiche Auszackungen, die Zähne im ganzen wie bei der Hutchinsonschen Trias, die Implantation ebenfalls schlecht. Dorso-Lumbalskoliose, mit der Konvexität nach links.

Arme und Vorderarme ohne Anomalie, desgleichen die rechte Hand.

An der linken Hand dagegen bestehen folgende Veränderungen:

Der Index sehr verkürzt, kleiner selbst als der Daumen, mißt kaum 2 cm; er endet in einem Stummel, bestehend aus einer sehr verdickten und eine richtige Schwiele bildenden Haut; eine deutliche Narbe ist nicht nachweisbar; in der Tiefe des Fingers, mit Ausnahme des Stummels, sind die entsprechenden Phalangen fühlbar.

Der Medius ist ebenfalls verkürzt; er mißt 5 cm, der Finger ist in seiner Gesamtheit deformiert; er zeigt 10 cm von seiner Wurzel,

eine Einschnürung, die an ihrer äußeren Grenze eine weiche Protuberanz von Linsengröße hat; dieser Einschnürung folgt eine unregelmäßige Ausbauchung, welche eine weniger starke Einschnürung in zwei Teile scheidet; ein guter Teil dieses Fingers wird vom Knochen eingenommen und nur die Endportion besteht ausschließlich aus Haut; der Ringfinger ist nach Form und Größe normal, er zeigt nur in Höhe der ersten und zweiten Digitalfalte eine Einschnürung, die sich auch auf die Dorsalseite des Fingers erstreckt.

Der kleine Finger zeigt nur eine starke erste Digitalfalte. Die taktile, thermische und Schmerzempfindung ist erhalten, im Bereich der deformierten Hand wie des übrigen Körpers; die Sehnenreflexe an den o. E. sind normal.

Die u. E. zeigen beide varo-equinus-Stellung, die Deformation ist stärker am linken Bein; die Muskulatur ist besonders am linken Bein schwächer; die Sehnenreflexe sind normal.

Wassermannsche Reaktion positiv.

Angesichts dieser drei Fälle und im Hinblick auf die Mannigfaltigkeit der Läsionen und selbst der Mißbildungen, welche durch die Syphilis hervorgerufen werden können, steht Verf. nicht an, auch die angeborenen Amputationen auf die gleiche Grundursache zurückzuführen und eine antisyphilitische Behandlung für durchaus angezeigt zu halten, wenn die Amputation auch nach Geburt weitere Fortschritte macht. H. Netter (Pforzheim).

Taillers, Un cas d'aérophagie rectale. (Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, 1914, Januar.) Es handelt sich in diesem einzigartigen Fall um ein 15 jähriges Mädchen. Tochter eines gesunden Vaters und einer nervösen Mutter, von dieser sehr verwöhnt, war sie stets von delikater Gesundheit. Sie ist mager, etwas blaß, leidet häufig an dyspeptischen Störungen, insbesondere an einem in den mittleren und unteren Teil des Leibes lokalisierten Unbehagen. Im 11. Jahr wurde das Mädchen an einer chronischen Enteritis behandelt und soll dabei das klassische Mehlregime durchgemacht haben. Das nervöse, impulsive, cholerische, sehr schwer zu dirigierende Mädchen, dem Autor seit Jahren bekannt, litt seit Mai 1912 an Flatulenz und an einer bisweilen außerordentlichen Flatulenz. Der Leib ist dann eine veritable Gasanstalt, und es gibt Tage, wo das Mädchen derartig belästigt ist, daß es häufig vom Tisch aufstehen oder mitten in seinen Schularbeiten haltmachen muß, um sich zurückziehen und erleichtern zu können. Diese Gasexpulsionen sind stets geräuschvoll, haben nur sehr wenig oder selbst gar keinen Geruch. Es ergab sich, daß diese Gasentladungen nur in gewissen Stellungen vor sich gingen; während der ersten Monate begab sich das Mädchen in die genu-pektorale Lage, dabei Sorge tragend, daß der Kopf möglichst tief, das Gesäß möglichst hoch zu liegen kam. Verf. denkt sich die Entstehung der ganzen Vorgänge so: Zu einem gegebenen Zeitpunkt, im Mai 1912, hat das Mädchen Leibbeschwerden; nervös wie es ist, klagt es viel darüber, wirft sich im Bett umher, dreht sich und wendet sich, nimmt alle denkbaren Stellungen, dabei auch die sogen. genu-pektorale ein. Diese Position, während einer gewissen Zeit noch besonders verstärkt und

ausgedehnt, hat ein Zurücksinken der ganzen Därme in den oberen Teil der Bauchhöhle zur Folge, auf diese Weise die Trendelenburgsche Lage herstellend. Durch diese Verlagerung entsteht im unteren Teil der Bauchhöhle und im kleinen Becken ein luftleerer Raum; sobald nun in diesem Augenblick der Anus atonisch ist oder erschlafft, entsteht ein Luftzug; die Luft wird angesogen und dringt in den Mastdarm ein, von wo sie dann hinausgetrieben wird: die rektale Aerophagie ist fertig. Das gleiche Spiel kann man auch, fügt Verf. hinzu, unter anderen Umständen beobachten; so verkürzen sich zuweilen in den Kasernen die Soldaten die abendlichen Mußestunden dadurch, daß sie sich dieser Übung hingeben, sie füllen um die Wette ihr Rektum mit atmosphärischer Luft nach demselben Verfahren wie die junge Jeanne B., und wer auf die größte Entfernung mit seinen Auspuffgasen eine Kerzenflamme auslöscht, ist Meister: die Rekto-Aerophagie wird zum Sport.

Während der ersten Monate beschränkte sich die junge Kranke auf die genu-pektorale Lage, um ihre rektale Luftschluckerei zu praktizieren. Aber allmählich, sei es, daß die Bedürfnisse häufiger wurden, sei es, daß der Mechanismus weniger gut funktionierte, genügte diese Position nicht mehr; das Mädchen kam dahin, eine Akrobatenstellung einzunehmen; es legt sich auf den Rücken, hebt Beine und Rumpf derart, daß es sich nur auf Nacken und oberem Rückenteil hält, die Füße gegen die Zimmerdecke gestreckt. Diese Lage allein erleichtert die Kranke und hilft ihr zur Befreiung von den Gasen. Niemals aber, Verf. betont das besonders, trafen bei normaler Lage Flatulenz und Winde auf.

Die objektive Untersuchung ergab gar nichts Anormales. Die Behandlung war einfach und wirksam: es genügte, Mutter und Tochter, den unbewußt in Tätigkeit gesetzten Mechanismus verständlich zu machen, um all diese geräuschvollen Kundgebungen zum Verschwinden zu bringen. Seitdem ist diese rektale Aerophagie geheilt geblieben.

H. Netter (Pforzheim).

F. Fonzo, Caso di morte in segnito a puntura lombare in un bambino affetto da meningite cerebrospinale. (La Pediatria, 1914, April.) Die zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken vorgenommene Lumbalpunktion ist meist unschädlich, immerhin beobachtet man zuweilen danach mehr oder weniger heftigen Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel usw.

Beim Eingriff selbst kann es auch bisweilen zu Blutungen, infolge Punktion einer Vene, zu blitzartigen Schmerzen durch Anstechen der Nerven der Cauda equina kommen, und selbst plötzlicher Tod kann erfolgen, insbesondere bei Personen, die an einem Gehirntumor leiden.

Der vom Verf. in der pädiatrischen Klinik in Palermo an einem Säugling beobachtete Fall verdient solchen Vorkommnissen an die Seite gesetzt zu werden. 8 monatiger Knabe, aufgenommen am 23. Nov. 1913: plötzlicher Beginn der Krankheit am 18. Nov. mit mäßigem Fieber, von unregelmäßig remittierendem Typus, mit tonisch-klonischen Krämpfen des Gesichts, der Glieder und des Rumpfes; kein Erbrechen; keine Diarrhoe.



Status praesens: Anämisches, überernährtes Kind, Mikropolyadenopathie, Kopf in starker Extension, obere und untere Extremitäten in forzierter Flexion, konjugierte Deviation der Augen, leichte Ptosis links. Tonische und klonische Bewegungen der Arme, besonders der Vorderarme. Opisthotonus. Steigerung der Patellarreflexe. Weder Babinski, noch Brudczinski noch Kernig, Trousseausches Phänomen. Dyspnoe, Puls 122. Temperatur während der drei ersten Tage 39,5, dann Abfall auf 38.

Dreimalige erfolglose Lumbalpunktion, auch eine Punktion des rechten Ventrikels am 27. Nov. war negativ. Erst die vierte Lumbalpunktion am 29. Nov. fiel positiv aus. Die Flüssigkeit floß langsam aus und war mit einigen Blutstropfen gemischt. Zur Beförderung des Abflusses wird der Rumpf des Kindes stark flektiert, aber es wird sofort zyanotisch und stirbt unter Konvulsionen.

Die bakteriologische Untersuchung der Spinalflüssigkeit ergab keine Bakterien.

Autopsie. — Verwachsungen der Dura mit dem Schädeldach. Pia mater der Basis des Kleinhirns mit reichlichem, rahmigem, dickem Eiter bedeckt, dessen mikrobielle Natur durch die bakteriologische Untersuchung nicht genauer festgestellt wurde. Eitrige Infiltration der Meningen der ersten linken Stirnwindung. Starke hämorrhagische Infiltration der Innenseite des Lobulus paracentralis. Der dritte Ventrikel und die Seitenventrikel sind von einer trüben, eitrigen Flüssigkeit angefüllt.

Als Ursache des plötzlichen Todes bei der Lumbalpunktion wird eine Lähmung der respiratorischen Zentren infolge der brüsken Beugung des Kopfes des Kindes beschuldigt, welche das Druckgleichgewicht, das zwischen dem Cavum spinale und cerebrale infolge der aufgehobenen Verbindung zwischen der Ventrikelflüssigkeit und den Subarachnoidealräumen des Rückenmarks bestand, aufhob. Es mußte eine plötzliche Flüssigkeitswelle nach vorn entstehen, die eine Art Hyperaemia ex vacuo der Bulbusgegend erzeugte, und Verf. schließt hieraus, daß man vorsichtig sein soll, wenn die Spinalflüssigkeit unter schwachem Druck ausfließt. H. Netter (Pforzheim).

V. Demole, Réalisation pratique du traitement déchloruré de l'épilepsie par le sédobrol. (Revue méd. de la Suisse rom. 1913 Nr. 5.) Bei 4 Epileptikern wandte Verf. das Sedobrol (2 g pro die, 6 Monate lang) mit gutem Erfolge an; die Anfälle nahmen um 29% ab. Keine dyspeptischen Beschwerden, wie solche häufig eine Unterbrechung des Toulouse-Richetschen Verfahrens benötigen.

Kurt Mendel.

Monrad (Däne), Über die Behandlung akuter Darminvagination bei kleinen Kindern. (Persönliche Erfahrungen, dem nordischen Chirurgenkongreß zu Kopenhagen 1913 mitgeteilt.) (Aus dem Königin-Louisen-Kinderhospital.) (Nordisk Tidsskrift for Terapi 1913 Bd. 12. H. 1.) Der Verf. hatte 51 Fälle von Invagination behandelt; in 45 von diesen hatte er unblutige Reposition versucht, und in 37 Fällen (d. h. etwa 82 Prozent) gelang die Reposition, die in Taxis durch die Unterleibswand und nachfolgendem Wassereinlauf durch

die Osersche Sonde vermittels Klysopompe in Chloroformnarkose bestand. Die Taxismanipulationen durften nicht mehr als eine Viertelstunde fortgesetzt werden; als 2—3 Einpumpungen die Desinvagination nicht herbeigeführt hatten, wurde in Narkose die Laparotomie ausgeführt. 38 Fälle waren Dickdarminvaginationen, in 35 gelang unblutige Reposition; drei von diesen Kindern starben, nachdem die Reposition gelungen war (eines 24 St. nach der Reposition an einer schon vor dem Eintritt der Invagination vorhandenen Bronchopneumonie, eines 20 St. nach der Reposition an Eklampsie und eines unter zerebralen Symptomen 3 Tage nach der Reposition; bei allen drei war die Darmfunktion nach der Reposition gut, und bei keinem von diesen wurde Peritonitis, Darmruptur oder ähnliches gefunden.

In drei Fällen mißlang die Reposition; der eine Patient wurde durch Laparotomie gerettet, die zwei anderen starben, der eine trotz Operation. Die Größe der 35 reponierten Dickdarminvaginationen wechselte von einer Länge von wenigen Zentimetern bis Geschwülsten, sich von der Valvula Bauhini bis zum Anus erstreckend. 3 Kinder waren weniger als 3 Monate alt, 19 zwischen 3 und 9 Monaten, 3 zwischen 10 und 12 Monaten, 7 von 1 bis 2 Jahren, 3 von 2 bis 3 Jahren. 21 waren Knaben, 14 Mädchen. 18 der Invaginationen hatten nicht 12 Stunden, 11 zwischen 12 und 24 Stunden, 5 zwischen 24 und 48 Stunden und eine nicht weniger als 80 Stunden gedauert.

7 waren Dünndarminvaginationen. Drei von diesen waren Invaginationes iliacae; bei zwei gelang die unblutige Reposition, dagegen mißlang sie in dem dritten Fall, der operiert werden mußte, aber starb. In den vier übrigen Fällen handelte es sich in zwei um eine Invag. ileo-colica, in dem dritten um Invag. iliaca-ileo-coecalis und in dem vierten um eine Invagination des Diverticulum Meckelii in den Dünndarm. Diese vier Fälle wurden verkannt und unrichtig behandelt. Unblutige Reposition darf nach der Meinung des Verf.s nicht bei Invag. ileo-colica oder bei doppelter Invagination versucht werden. Zum Schluß beschreibt der Verf., inwiefern man entscheiden kann, ob die Reposition gelungen ist oder nicht; die persönliche Erfahrung über das Wesen und Befinden solcher Kinder spielt hier eine recht große Rolle. Endlich hebt der Verf. unter Berücksichtigung seiner Resultate die Berechtigung der von Hirschsprung und Wichmann benutzten, von ihm modifizierten, unblutigen Repositionstechnik namentlich gegenüber der Kritik gewisser englischer Ärzte hervor. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Pädiatrische Sektion der Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Berichterstatter: B. Schick, Wien.

Sitzung vom 22. Januar 1914.

Karl Hochsinger: **Neuropathische Familien mit Fazialisphänomen.** Mit Rücksicht auf die Publikation von Raudnitz am Naturforschertage in Wien,

welcher Autor dem Fazialisphänomen jede große pathognostische Bedeutung abspricht, demonstriert Verf. eine Familie und berichtet über eine zweite. Beide Familien zeigen ausgesprochene neuropathische Züge. Diskussion: Zappert hat wie Raudnitz keine Kongruenz zwischen Fazialisphänomen und Neuropathie gefunden.

E. Popper: **Abnahme der Tuberkulinempfindlichkeit während Pertussis.** Der 6 jährige Knabe, der an Phlyktänen leidet, zeigt während der ersten 5 Wochen der Pertussis negative Kutanreaktion (2 mal geprüft), in der 6. Woche wurde sie positiv. Verf. weist auf die Einteilung der Pertussis (nach Hamburger) in ein katarrhalisches und ein nervöses Stadium hin. Vielleicht schwindet die Tuberkulinreaktion nur im katarrhalischen Stadium. Man könnte dann mittels der Tuberkulinreaktion bei tuberkulinempfindlichen Individuen die beiden Stadien abgrenzen. Das Kind wurde durch Suggestionsbehandlung der Pertussis rasch geheilt. In der Diskussion wird teils für (Zappert, Hochsinger, Friedjung), teils gegen die Zweiteilung der Pertussis (Neurath) Stellung genommen. Pirquet bezweifelt die Beweiskraft des vorliegenden Falles für ein regelmäßiges Schwinden der Tuberkulinreaktion während der Pertussis, da das Kind vor der Pertussis nicht mit Tuberkulin geprüft sei. Er hält nach seinen Erfahrungen das Verschwinden der Tuberkulinreaktion bei Pertussis für selten.

Edmund Nobel: **Einseitige Lungentuberkulose mit künstlichem Pneumothorax behandelt.** Das 7 Jahre alte Mädchen zeigt ein tuberkulöses Infiltrat im rechten Oberlappen, röntgenologisch und klinisch nachweisbar, positive Tuberkulinreaktion, Hämoptcë; Bazillenbefund negativ. Durch 3 Monate festgehaltener Pneumothorax. Lungenbefund ist nach Wiederausdehnung der Lunge normal. In der Diskussion betont Pollak die Möglichkeit, daß Infiltrate bei tuberkulösen Individuen trotz positiver Pirquetreaktion nicht immer tuberkulös sind, und verweist auf 2 einschlägige Beobachtungen. Es ist immerhin möglich, daß das Infiltrat im vorgestellten Fall, kein tuberkulöses gewesen sei.

Edmund Nobel: **Chronische Starre der gesamten Körpermuskulatur. (Pseudotetanus?)** 3 Jahre alter, vollkommen intelligenter Knabe, der seit dem Ende des ersten Lebensjahres eine immer mehr zunehmende tonische Starre der Muskulatur zeigt. Die Erscheinungen beginnen im Gesicht (in der Lippenmuskulatur). Die Muskeln des ganzen Körpers fühlen sich hart an und sind hypertrophisch, das Gesicht ist maskenartig, wie bei echtem Tetanus. Nahrungsaufnahme nicht gestört. Reflexe vorhanden, schwer auslösbar. Augenspiegelbefund normal, Wassermann negativ. Tuberkulinproben negativ. In warmen Bädern läßt die Starre ganz wenig nach, ebenso im Schlaf. Der Fall ist diagnostisch unklar. Zappert meint, daß es sich um eine chronische Polymyositis oder Trichinosis handeln könnte. (Muskeluntersuchung ergab normalen Befund, außer Hypertrophie Ref.)

W. Knöpfelmacher: **Fall von Pylorospasmus mit Papaverin behandelt.** 4 Wochen nach der Geburt typische Symptome. Nach Injektion von 0,01 Papaverinum hydrochloricum sistieren des Erbrechens, nach Aussetzen der Behandlung Wiederkehr des Erbrechens.

Mayerhofer hat einen ähnlichen Fall schon im November 1913 beobachtet, der ebenfalls mit Papaverin günstig beeinflußt wurde. Dieser Fall ist dadurch bemerkenswert, daß Mayerhofer und Rach die erschlaffende Wirkung des Papaverins auf die Pylorusmuskulatur röntgenologisch verfolgen konnten. Wolf hat durch Verabreichung von Olivenöl vor jeder Mahlzeit bei einem Falle Erfolg gesehen. Födisch erinnert, daß Syrupus Diacodii hier und da Erfolg bringt, das ebenfalls Papaverin enthält. Leiner berichtet über einen Mißerfolg von Papaverin. Das Kind mußte operiert werden.

M. Zarfl: **Anatomische Präparate von angeborener Zystenniere.** Die Diagnose wurde schon intra vitam gestellt, da die vergrößerten Nieren tastbar waren. Bei der Beobachtung zeigten sich an der Oberfläche der Nieren höckrige Erhebungen. Harnbefund war bis auf Spuren Albumen normal. Bei der Obduktion zeigten sich die Nieren auf das Doppelte vergrößert und von kleinen Zysten durchsetzt. Daneben findet sich doch noch normales Gewebe in genügender Menge. Das Kind wurde $6^1/_2$ Monate alt und starb an einer interkurrenten Grippeinfektion. Verf. bespricht die Ätiologie der Affektion (Retentionszyste entweder durch Entzündung oder Entwicklungshemmung). Im vorliegenden Falle dürfte es sich um entzündliche Residuen handeln, da die Nierenkapsel mit der Oberfläche der Niere verwachsen war und auch Rundzellenanhäufung nachgewiesen werden konnte.

B. Sperk: **Das schwache Kind.** Die häufigste Ursache chronischer Schwächezustände bei Kindern ist die Asthenia congenita, im Sinne von Stiller. Klinisch äußert sich dieser Zustand zumeist unter dem Bilde des asthenischen Habitus, mit dem langen, schmalen Thorax, der schlaffen, eigentümlichen Muskulatur, der Hautblässe, der neuropathischen, mitunter auch psychopathischen Veranlagung und der Neigung zu statischen Deformitäten. Die Asthenie muß jedenfalls in der Mehrzahl der Fälle als angeboren aufgefaßt werden. Das Versagen rationeller Ernährungsmethoden, lang andauernde Anorexien, die schlaffe Blässe und die Scheinanämie sind neben anderen neuropathischen Zeichen Symptome der Asthenie beim Säugling.

Der Habitus des Patienten mit der charakteristischen Neigung zu Bronchitiden, die Scheinanämie, die nicht selten systolischen Geräusche kardiopulmonalen oder funktionellen Ursprungs geben häufig Anlaß zu Fehldiagnosen: Lungentuberkulose, Anämie und Mitralinsuffizienz. Für die Beurteilung des asthenischen Zustandes leisten die Methoden der physikalischen Untersuchung sehr wenig. Dazu ist die funktionelle Leistungsprüfung, selbstverständlich den normalen Lebensbedingungen entsprechend, heranzuziehen. Durch diese erweisen sich die Kinder als minder leistungsfähig und außerordentlich leicht ermüdbar. Die Kardinalsymptome der Asthenie sind 1. der asthenische Habitus, 2. der herabgesetzte Muskeltonus, 3. die Scheinanämie, 4. die große Labilität des Nervensystems mit Neigung zu rascher Ermüdung. 5. die schwere therapeutische Beeinflussung als Ausdruck der Konstitution. Die nervöse Komponente zeigt sich klinisch in der Dyspepsie, der Anorexie, der Obstipation und anderen als neuropathisch bezeichneten Symptomen, unter denen das Fazialisphänomen von diagnostischer Bedeutung ist. Die Herabsetzung des Muskeltonus und die Scheinanämie können ebenfalls als nervöse Stigmen gedeutet werden. Die Blutuntersuchung bei asthenischen Individuen, in erster Linie die Lymphozytose, lassen aber auch an Störungen der inneren Sekretion denken. Das klinische Bild des Morbus Addisoni und die Tierexperimente mit Ausschaltung der Nebenniere weisen in ihrem Symptomenkomplex Ähnlichkeiten mit dem asthenischen Zustand auf. Funktionelle Minderwertigkeit der Blutdrüsen, insbesondere aber der Nebennieren, können demnach zu einer teilweisen Erklärung der Scheinanämie und des herabgesetzten Muskeltonus herangezogen werden. Letzteres wird begreiflich, seitdem im Muskel marklose, also sympathische Nervenfasern nachgewiesen werden. Der asthenische Zustand würde nach dieser Auffassung zum Teil als eine Folge der Sympathikus-Hypotonie erscheinen.

Das asthenische Individuum muß als weniger anpassungsfähig gelten, denn schon normale Lebensreize können auf diese Individuen schädigend einwirken. Ein dem Astheniker quantitativ und qualitativ entsprechendes Milieu kann das Manifestwerden der Asthenie verhindern, schlechte hygienische Verhältnisse, Überanstrengung in geistiger und körperlicher Beziehung, das psychische Dauertrauma der Schule, interkurrente Erkrankungen sind auslösende Momente für die Manifestation dieses Zustandes im Sinne der angeführten Kardinalsymptome. Entsprechend den Reizen, welchen das kindliche Individuum infolge seiner Entwicklung oder infolge seines Alters immer mehr zugänglich wird, sind auch die Symptome der Asthenie, je nach dem Charakter dieser Reizzuwachsperiode, verschieden. Diese Zeiten sind als Übergangszeiten für das konstitutionell schwach veranlagte Kind besonders gefährlich, die Anfälligkeit der Säuglinge für Ernährungsstörungen, des Schulkindes für Neurasthenie und Neuropathie, des Pubertätsalters für Störungen auf dem Gebiet der Sexualsphäre, sowie die Berufskrankheit des späteren Alters gehören hierher. Eine Therapie des manifesten asthenischen Zustandes ist wenig erfolgreich und verspricht nur unter ganz besonders auf das Individuum fein abgestimmten Bedingungen, die für die Allgemeinheit kaum durchführbar sind, einen Erfolg. Aussichtsreicher ist die Prophylaxe, d. h. das Streben, den latenten asthenischen Zustand beim Kinde latent zu erhalten. Kommt das Individuum in ein entsprechendes Alter, dann erschöpft sich der Einfluß der Konstitution. Die allgemeine Prophylaxe der Asthenie besteht in einer dem Zustand des Individuums nach jeder Richtung hin Rechnung tragenden „Reizregulierung“. Die Asthenie ist eine sehr häufige Erscheinung und bildet eine Disposition zur Lungenphthise, sicher auch zum schweren Verlauf akuter Infektionskrankheiten. Der asthenische Zustand hat ein großes, rein ärztliches Interesse infolge der dadurch bedingten Abnahme der Volkskraft und der Wehrfähigkeit, und ein rassenhygienisches Interesse, weil er der Degeneration Vorschub leistet.

Sitzung vom 5. Februar 1914.

W. Knöpfelmacher: **Hirschsprungsche Krankheit mit akutem Darmverschluß.** Der Knabe litt seit Geburt an Obstipation, die durch Klistier bekämpft wurde. Das Kolon ist bis auf Armbreite erweitert. Vor der Aufnahme mächtige Auftreibung des Bauches, Kollaps. Durch Klysmen gelang es, kolossale Kotmassen aus dem Rektum zu entfernen. Verf. bespricht die Ätiologie der Erkrankung.

Spitzy tritt in der Diskussion für die orthopädische Behandlung der asthenischen Kinder ein, die hauptsächlich auf Stärkung der Streckmuskulatur und Atemmuskulatur Rücksicht zu nehmen habe. Die asthenischen Kinder zeigen den Rundrücken. Auch die Scapula scaphoidea.

Sitzung vom 5. März 1914.

Goldreich: **Sogenannte angeborene Sklerodermie.** 7 Wochen altes Kind, seit der 3. Woche in Beobachtung. Geburt protahiert, hochgradige Asphyxie. 4 Tage nach der Geburt findet sich Verhärtung der Haut an einzelnen Stellen und blaurote Verfärbung. Diese Verhärtungen nehmen zu. Es traten Infiltrate in den Wangen auf, die kirschengroß wurden, ähnliche an Gesäß, Waden, Rücken. Zarfl bemerkt, daß er einen einschlägigen Fall beobachtet hat bei einem am 10. Tag in das Zentralkinderheim aufgenommenen schwächlichen, 2500 g schweren Kinde. Dieses zeigte etwa ein Dutzend bläuliche, bis hellergroße Flecken in der Rückenhaut. Schon nach 2 Wochen blieb die Weiterentwicklung der Infiltrate stehen, danach kam es zur raschen Rückbildung.

Rudolf Pick: **Pemphigus vulgaris mit Menschenblut behandelt.** Seit $1^1/_2$ Jahren ohne Erfolg behandelt. Injektion von Blut der Mutter zusammen 80 ccm. Nach achtwöchentlicher Behandlungsdauer auffallende Besserung. Es kommen wohl noch einige Blasen nach, aber der Effekt ist doch deutlich.

Strauss: **Primärer chronischer Gelenkrheumatismus.** 8 jähriges Mädchen, dessen Mutter ebenfalls an chronischen rheumatischen Affektionen mit Wirbelsäulenbeteiligung litt. Beginn der Erkrankung vor 2 Jahren. Patientin wird blasser. Auftreten von Lymphdrüsenschwellungen. Seit Sommer 1913 Schmerzen im Kniegelenk, mäßiges Fieber. Während der Spitalbeobachtung wurden sämtliche Gelenke in Schüben befallen. Jetzt ist das rechte Ellenbogengelenk ödematös geschwollen. Milz überragt den Rippenbogen. Sämtliche Lymphdrüsen sind geschwollen. Pirquet positiv, Wassermann negativ. Fieber bis 38,5°. Witterungswechsel löst Anfälle aus. Röntgenbild ergibt hochgradige Atrophie der Knochen. Verf. bespricht die Differentialdiagnose gegenüber Stillscher Krankheit. Es handelt sich wahrscheinlich um einen tuberkulösen Gelenkrheumatismus.

Hans Spitzy: **Erfolge von Sehnentransplantation bei Poliomyelitis.** Die beiden ersten Fälle betreffen Lähmungen des Peroneus, der durch die Sehne des Tibialis ersetzt wurde. Der dritte Fall ist Ersatz des Quadrizeps durch den Tensor fasciae latae. Der vierte Fall lag noch schwieriger, da neben dem Quadrizeps auch der ganze Unterschenkel gelähmt war. Hier wurde der Fuß durch Knochenbolzung fixiert, der Quadrizeps durch den Tensor fasciae latae und einen Beuger ersetzt. Verf. bespricht die Vorteile der Sehnentransplantation, die Ursachen der etwaigen Mißerfolge, die, abgesehen von der Sepsis, darin gelegen sein können, daß die transplantierte Sehne zu lang genommen wurde, oder daß die Sehne mit der neuen Sehnenscheide verwächst. Die Hautnarbe darf ebenfalls nicht in der Nähe der Sehne liegen.

Salzer: **6 Monate altes Kind mit partieller Atresia recti analis.** Klinisch bestand Obstipation. Erst beim Auseinandernehmen der Analfalten sieht man eine quer verlaufende Membran, die eine Öffnung zeigt. Beim Pressen des Kindes tritt Stuhl aus.

Präparat einer Kruralhernie bei einem 10 jährigen Knaben, der unter der Diagnose Hydrozele? Lipom? zur Operation kam. Verf. betont die Seltenheit der Kruralhernien im Kindesalter.

Lederer: **Schrumpfniere bei einem 12 Jahre alten Mädchen.** Anatomisches Präparat. Das Kind erkrankte vor einem Jahr, wurde blaß, mager, hatte Stechen in der Herzgegend, Atemnot. Bei der Aufnahme Herzverbreiterung, mäßige Bronchitis, 3°/₀ Eiweiß, fast kein Sediment, kein Blut, leichte Ödeme. Nach 2 Tagen Urämie, Exitus. Ätiologisch unklar, Wassermann negativ.

M. Zarfl: **Ausgedehntes mediastinales Emphysem und Hautemphysem bei einem 3 Monate alten Säugling.** (Anatomisches Präparat.) Bei Geburt schwächlich, gedieh Patient bis zum Ende des 2. Lebensmonates mäßig gut und erkrankte Ende Januar an Grippe (Bronchitis). Unter wechselnder Intensität der Krankheitserscheinungen zog sich die Erkrankung in die Länge. Ende Februar neuerliche Zunahme der Bronchitis. Entwicklung von Pneumonie. Patient wurde hochgradig dyspnoisch. Der Husten war auffallend quälend und kurz. Am 4. II. weitere Zunahme der Dyspnoe, hochgradige Zyanose und Schwellung des Halses, Erweiterung der Venen. Am Halse wird Hautemphysem nachweislich. Das Emphysem schritt dann über den Stamm nach abwärts.

Swoboda erinnert an ein von ihm demonstriertes Kind mit allgemeinem Emphysem, das 8 Kilo wog und im Wasser schwamm. Nach 3—4 Tagen war das Emphysem geschwunden. Sonst treten ähnliche Symptome nach Masern am häufigsten auf. Spitzy sieht Emphysem im Bereich der Kopfhaut nach Retropharyngealabszeß.

E. Mayerhofer: **Uterusprolaps, Spina bifida und Lückenschädel bei einem Neugeborenen.** Der Uterusprolaps dürfte mit der Schwäche der Beckenmuskulatur zusammenhängen und diese mit der ungenügenden Entwicklung der unteren Rückenmarksabschnitte.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Brüggemann: **Erschwertes Dekanülement.** Demonstration einer vom Vortragenden konstruierten Bolzenkanüle. Mit dieser Bolzenkanüle wurden drei Kinder mit erschwertem Dekanülement behandelt, bei denen alle Methoden versagt hatten. Es war in den drei Fällen vom Arzt draußen die Krikotomie gemacht worden. Mit Hilfe der Bolzenkanüle gelang es, zwei Kinder von ihrer Kanüle zu befreien, das dritte Kind trägt die Bolzenkanüle noch, da hier die bestehende Larynxstenose noch weiter gedehnt werden muß. Es ist aber zu hoffen, daß auch dieses Kind durch die Bolzenkanüle geheilt wird.

v. Eicken: **Ungewöhnlicher Schläfenlappenabszeß.** Achtjähriger Knabe, der früher niemals ohrenleidend war, erkrankte am 16. April 1913 an doppelseitiger akuter Otitis media; am 17. April Otorrhoe beiderseits; am 20. April kam er mit einer fluktuierenden Geschwulst hinter dem linken Ohr zur Operation in die Klinik. Patient macht einen schwerkranken, etwas benommenen Eindruck. Temperatur 38,5°. Keine Zeichen intrameningealer Komplikation. Augenhintergrund normal. Patient ist beiderseits sehr schwerhörig. Weberscher Versuch nicht lateralisiert, Rinnescher Versuch links nicht zu prüfen. Sofortige Operation auf der linken Seite. Warzenzellen mit Eiter gefüllt. Es entleert sich bei der Freilegung der mittleren Schädelgrube ein großer extraduraler Abszeß. Dura schmutzig verfärbt, wird breit freigelegt. Tegmen antri fortgemeißelt, Mittelohr wird nicht berührt. Nach zwei Tagen, also sechs Tage nach dem Beginn des Leidens, ausgesprochene sensorische Aphasie. Zweite Operation: Nach Desinfektion mit Jodtinktur Punktion des Schläfenlappens mit dicker Hohlnadel; bei der zweiten Punktion kommt man auf Eiter. Breite Spaltung des Abszesses und Drainage. Aphasische Störungen nehmen zu. Nach zehn Tagen entleeren sich beim Verbandwechsel, der zuerst zweimal täglich, später täglich vorgenommen wurde, etwa 30 ccm dicken rahmigen Eiters. Danach Rückgang der Aphasie, deren letzte Reste gezeigt werden. Die retroaurikuläre Wunde ist geheilt. Beide Trommelfelle zeigen normalen Befund. Flüsterzahlen werden über 6 m weit gehört.

(Mediz. Gesellsch. Gießen, 17. Juni 1914.)

Amtsgerichtsrat Dr. Koehne: **Die ärztliche Mitwirkung beim Jugendgericht.** Das jetzt in Berlin befolgte System, jeden Angeschuldigten aufzufordern, er möge sich freiwillig bei einem der Vertrauensärzte zur Untersuchung vorstellen, hat sich bewährt. Ein Zwang in dieser Richtung kann heute nicht ausgeübt werden, und fernere Voraussetzung ist, daß sich, wie hier der Fall, eine genügende Zahl humaner und sozial-interessierter Ärzte (Neurologen) zur Verfügung stellt. Der Befund kommt zu den Akten; ist etwas gefunden, so wird der betreffende Arzt

als Gutachter in die Hauptverhandlung geladen. Ähnliche Organisation besteht in Frankfurt und München. Der Effekt dieser ärztlichen Mitarbeit liegt keineswegs besonders in der erhöhten Zahl der Freisprüche, denn kaum 7—8% der Fälle kommen auf Grund dieser Befunde ganz frei. Viel wichtiger ist das Erkennen und richtige Werten der Individuen mit verminderter Verantwortlichkeit und vor allem für die Entscheidung darüber, was nachher mit dem Jugendlichen geschehen soll: die heilpädagogischen Schutzmaßnahmen! Was bisher in Deutschland im wesentlichen die Initiative des Vortragenden geschaffen hat, soll jetzt bald Gesetz werden, denn der Entwurf für ein „Jugendgerichtsgesetz" hat bereits zwei Lesungen der Reichstagskommission passiert. Auch die ärztliche Mithilfe erfährt in ihm gesetzliche Festlegung, indem vor der Eröffnung des Hauptverfahrens auf Kosten des Staates (also nicht mehr als Gefälligkeit erbeten!) geeignete Ärzte befragt werden, die auch bei den nachfolgenden erzieherischen Maßnahmen beratend mitwirken. Freilich ist diese Hinzuziehung von Ärzten nicht für alle Fälle obligatorisch, sondern dem Jugendrichter anheimgestellt.

Diskussion. Ewald wünscht, daß nicht bloß der „Geisteszustand" (wie es im Entwurf heißt), sondern der Gesundheitszustand ärztlich untersucht werde. — Lewandowski begrüßt besonders die Mitwirkung des Arztes bei den Heil- und Pflegemaßnahmen. — Munter warnt jeden Arzt, mehr zu sagen, als worüber er ausdrücklich befragt sei, und über die ärztliche Kompetenz herauszugehen, etwa durch Ratschläge über spätere Verbringung des Jugendlichen. — Ollendorff hält für den Arzt Einsicht in die Akten, besonders die Recherchenergebnisse, notwendig, was Vortragender im Schlußwort für unmöglich erklärt. — Ebenso undurchführbar den Wunsch Guradzes, die Inspektoren des Städtischen Wohnungsamtes zur Mitarbeit an Recherchen heranzuziehen. — Theilhaber will in jedem Jugendgericht einen Arzt als Schöffen mitrichten lassen, um so die ärztliche Auffassung gleichberechtigt neben die juristische, nicht unter diese zu stellen. Dem erwidert Vortragender, zur Bildung eines ärztlichen Urteils sei genaue Untersuchung nötig; untersuchen könne aber den Angeschuldigten immer nur ein Sachverständiger, niemals ein Richter.

(Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik, Berlin, 30. X. 1913.)

Josef Koch: **Experimentelle Rachitis bei Hunden.** Verf. hat experimentell untersucht, welchen Einfluß die hämatogene Allgemeininfektion auf das Knochensystem des jugendlichen Individuums ausübt. Er fand, daß Milzbrandbazillen, Strepto- und Pneumokokken Veränderungen bedingen, die sich besonders an der Knorpelknochengrenze abspielen. Es handelt sich dabei um einen Abbau, dem Regenerationsprozesse folgen (Verf. und Kubo). Verf. gelang dann der Nachweis, daß die Infektionserreger, die man bei Kinderkrankheiten häufig zu finden pflegt und die als Mischinfektionserreger gelten, eine besondere Affinität zum Knochenmark haben. Er spritzte jungen Hunden von acht bis zwölf Wochen etwa $1^1/_2$ bis 3 ccm einer Serumbouillonkultur des Streptococcus longus von originaler Virulenz in die Halsvene ein und erhielt ein typisches Krankheitsbild, das im wesentlichen in einer an den Epiphysen und Gelenken lokalisierten Erkrankung bestand. Bei sehr jungen Tieren war auch öfter eine Enteritis zu beobachten. Acht bis zehn Tage später erscheinen die Tiere wieder ganz gesund, aber nach einem Intervall von mehreren Wochen zeigen sich Veränderungen am gesamten Skelettsystem, die den Eindruck der rachitischen Knochenstörung machen. Die Veränderungen treten auch bei gut gehaltenen und ernährten infizierten Tieren auf und fehlen bei den Kontrolltieren. Vortragender beschreibt im einzelnen die Veränderungen, weist auf die sekundäre Beteiligung der Muskulatur, der Gelenkbänder usw. hin und hebt besonders diejenigen Momente hervor, aus denen die Übereinstimmung der Erkrankung mit der menschlichen Rachitis hervorgeht. Weiter wird von demselben Gesichtspunkt aus das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung in großem Umriß erörtert und mit der menschlichen Rachitis verglichen. Die Einwände, welche man dagegen erheben kann, daß die chronischen Knochenveränderungen eine Folge der Streptokokkeninfektion sind, widerlegt Verf. mit dem Hinweis auf die Regelmäßigkeit, mit der diese Veränderungen auftreten, und vor allem mit dem Hinweis auf die Kontrollversuche. v. Hansemann hat die Rachitis als eine Folge der Domestikation bezeichnet. Auch mit dieser Ansicht läßt sich die vorhergegangene Infektion in Einklang bringen. Denn bei infizierten Tieren, welchen

genügend freie Bewegungsmöglichkeit gegeben ist, sind die Knochenschädigungen weit weniger umfangreich als bei denjenigen, denen diese Gelegenheit fehlt.
(Berliner medizinische Gesellschaft, 14. Januar 1914.)

IV. Therapeutische Notizen.

Zur Nährsalzfrage. Dr. Paul Grabley, Chefarzt am Kurhaus Woltersdorfer Schleuse bei Berlin, sprach über Mineralsalzstoffwechsel und führte u. a. aus: Die Physiologie und Pharmakologie haben lange Jahre das Studium des anorganischen Stoffwechsels vernachlässigt, weil man von der irrigen Annahme ausging, daß der tierische Körper die hochwertigen Verbindungen des Phosphors und Eisens direkt resorbiere und zum Aufbau verwende. Man hat irrtümlicherweise dem tierischen Körper die Fähigkeit des Pflanzenkörpers abgesprochen, synthetisch hochwertige Eiweiß- und Fettkörper aus den einfachsten, zum Teil anorganischen Bausteinen zu bilden. Untersuchungen in neuerer Zeit von Fingerling, Grosser, Mußle und dem Referenten haben bewiesen, daß der Tierkörper immer die hochwertigen Körper restlos spaltet und dann seine Körpersubstanzen synthetisch aufbaut. Die Untersuchungen des Autors erstrecken sich auf den Ca-, P- und Fe- (Kalk-, Phosphor- und Eisen-) Stoffwechsel. Der Ca-Stoffwechsel ist am ausgewachsenen Tier schwer zu kontrollieren, die Zurückhaltung von Ca-Mg kann nur gering sein, selbst bei Überfütterung, weil der Gesamtbedarf sehr gering ist, 0,4 resp. 0,3 Gramm pro Tag für den erwachsenen Menschen. Der ausgewachsene Tierkörper hat eben seinen Kalk- und Magnesiumbedarf, nach fertig gebildetem Skelett, in der Hauptsache abgeschlossen. Der Tierversuch beweist aber, daß Kaninchen, die mit Zusatz von glyzerin-phosphorsaurem Kalk (Ca) und phosphorsaurem Magnesium (Mg) gefüttert wurden, um ein Drittel ihres Anfangsgewichtes, die Kontrolltiere dagegen nur um 100$^0/_0$ ihres Anfangsgewichtes in acht Wochen zunahmen. Die stärkere Entwicklung der Kalktiere, besonders im größeren Wachstum, ist bei gleicher Stallhaltung und sonst gleichem Futter wohl nur auf die Zufuhr von glyzerin-phosphorsaurem Kalk und phosphorsaurem Magnesium zu beziehen. Daß zugeführter glyzerin-phosphorsaurer Kalk resorbiert und im Körper zurückbehalten wird, haben auch die Versuche von Grosser an Säuglingen bewiesen. Das weitere Tierexperiment, Zusatz von kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk zum Futter von drei Hühnern (die Kontrolltiere wurden in gleicher Stallhaltung mit organischem, phosphorhaltigem und kalkhaltigem Futter, Fleischresten, Grünem, gefüttert), beweist, wie die Versuche von Fingerling bei Enten, daß die mit anorganischen Phosphor- und Kalksalzen gefütterten Hühner an körperlicher Entwicklung, Legefähigkeit, Gewicht und Qualität der Eier die mit organischen Kalk- und Phosphorstoffen gefütterten Tiere übertrafen. Diese Tierversuche beweisen eindeutig die Fähigkeit des Tierkörpers, synthetisch aus anorganischen bezw. mineralischen Stoffen aufzubauen. Grosser hat auch für den Stoffwechsel des Menschen bewiesen, daß gefüttertes Lezithin bei der Verdauung gespalten, sogar die Glyzerin-Phosphorsäure durch ein Darmferment zerlegt und als freie Phosphorsäure von der Darmzelle resorbiert wird. Bei Fütterung organischer Eisen- und Phosphorpräparate finden wir stets das Eisen und den Phosphor in ionisierter Form, also als Atome des organischen Elements, d. h. als freie Ionen in den Darmzellen. Die anorganischen Salze kreisen im Blut, soweit sie nicht bei der Synthese hochwertiger Körperelemente verbraucht sind, als freie Ionen und sind die wichtigsten Energiekomponenten unseres Lebensprozesses. Der Autor ist dann dazu übergegangen, ein Mineralsalzpräparat, welches hygienisch-diätetischen Zwecken dienen soll, zusammenzustellen und damit Stoffwechselversuche bei Kranken zu machen. Das Mineralsalzpräparat ist nach den Asche-Analysen des Blutes, der Nerven- und Muskelsubstanz zusammengesetzt. Zur Verfügung stehen bisher die Beobachtungen an 24 behandelten Fällen. Drei Fälle von Rachitis, drei Fälle von Skrofulose, drei Fälle von lymphatischer Diathese betrafen Kinder von $2^1/_2$ bis 13 Jahren. Die Fälle wurden ambulant behandelt, blieben also im wesentlichen in Lebensweise und Ernährung unverändert. Bei

allen zeigt sich eine Gewichtszunahme von 15 bis 30%, Hämoglobinzunahme von 25 bis 50%. Die objektiven Symptome des klinischen Befundes besserten sich. Bei diesen neun Fällen ging naturgemäß die Besserung der krankhaften Veränderungen mit der Besserung des Stoffwechsels durch die eingeführten Mineralsalze zusammen. Fall 10 bis 15 sind sechs Fälle von Habitus asthenicus. Bei ihnen wurde der Phosphorstoffwechsel untersucht, die Phosphorretention stieg von 0,2 Gramm pro Tag, bei vegetarischer Ernährung auf 0,3 bis 0,4 Gramm pro Tag, unter Zusatz von Mineralsalzen. Bei sechs Fällen von Neurasthenie, Fall 16 bis 21, fand sich eine Zunahme der Phosphorretention von 0,15 Gramm auf 0,425 Gramm, bei gemischter Kost. Die Stickstoffretention stieg von 2,25 auf 3,7 Gramm pro Tag. Bei Fall 11 bis 21 ließ sich gleichfalls die Zunahme des Körpergewichts um 10 bis 20%, des Hämoglobingehalts um 12 bis 25% feststellen. Bei drei Fällen von Chlorose und Anämie (Fall 22 bis 24) stieg das Körpergewicht um 20 bis 25%, der Hämoglobingehalt über 50%; die Zahl der roten Blutkörperchen durchschnittlich um eine Million. Bei der Ernährung von Chlorotischen und Anämischen sind noch weitere Einzelbeobachtungen über die Wirkung des Mineralsalzpräparates auf den Eisenstoffwechsel nötig. Das Eisen wird in dem Präparat als peptonisiertes Doppelsalz des Mangans eingeführt. — Redner will durch das Peptonat die Magenschleimhaut vor Ätzungen schützen und die Abspaltung des Eisens im Darm erreichen. Die gepaarten Ionen des Eisens und Mangans sind für die Hämoglobinbildung besonders wichtig. Die Mangansalze sind starke Katalysatoren. Dr. Grabley glaubt mit der Zuführung des Eisens in dieser Form dieselben therapeutischen Effekte bei der Chlorose zu erzielen, wie mit hoch komplizierten und teuren Eisen-Eiweißverbindungen. Um sein Mineralsalzpräparat in die Diätetik der Kinder besser einzuführen, ist der Autor dazu übergegangen, Mineralsalzkakes und -zwieback herstellen zu lassen. Dieselben enthalten auf 1 Kilogramm Kohlehydrate, Zucker und Fett etwa 125 Gramm einer 10 prozentigen Lösung von glyzerin-phosphorsaurem Kalk und Natron. Der Zwieback schmeckt etwas salzig, wird wegen seines kräftigen Geschmackes gern genommen und führt dem wachsenden kindlichen Organismus die für ihn nötigen Mengen an resorbierbarem Kalk und resorbierbarer Phosphorsäure in bequemster Weise zu. Die Bereicherung der Diätetik des kranken und gesunden Kindes ist von großer praktischer und hygienischer Bedeutung.

(Naturforscherversammlung in Wien 1913.)

Über Erfahrungen mit Tannismut in der Kinder- speziell Säuglingspraxis. Von Dr. H. Hummel (Kgl. Pädiatr. Poliklinik in München). Tannismut kommt in Handel in Form von Pulvern zu 0,5 g und in Form von Tabletten, die mit Schokolade vermengt sind. Verf. verwendete Tannismut fast ausschließlich in Form von Pulvern, und zwar in zirka 30 Fällen, von denen weitaus die meisten im ersten Lebensjahre standen. Das Pulver wurde in irgendeinem Vehikel gegeben, meist Tee, evtl. Schleim, und wurde anstandslos genommen. Die Tagesdosis betrug meistens 0,5 g in drei Teilen. Verf. möchte jedoch ausdrücklich betonen, daß er Tannismut niemals gab ohne Anwendung der entsprechenden Diätvorschriften. Bei Säuglingen wurde regelmäßig zuerst ein Hungertag (Tee mit Saccharin) ohne medikamentöse Behandlung verordnet; erst wenn dann am nächsten Tage die Durchfälle in gleicher Heftigkeit fortdauerten, wurde Tannismut bei weiterer Tee- oder Schleimdiät (in entsprechenden Fällen Eiweißmilch) gegeben. Manchmal gab Verf. von Anfang an Tannismut, wenn das Sistieren der Durchfälle ganz besonders dringend geboten erschien, so bei dekomponierten Kindern, meist dann in Verbindung mit Kochsalzdarmspülungen und Kochsalzinfusionen. Länger als 5 Tage in continuo hat Verf. Tannismut in den angegebenen Dosen bei Säuglingen nicht verwendet, trotzdem einer längeren Anwendung nichts im Wege steht. Man wurde jedoch in dieser Zeit in den meisten Fällen der Durchfälle Herr. Bei einzelnen Fällen mußte Verf. ein negatives Resultat konstatieren. Leider läßt sich bei dem ambulatorischen Material nicht mit Exaktheit feststellen, ob das Ausbleiben der Wirkung in einem Fehler gegen die Diätvorschriften, die ja leider oft nicht eingehalten werden, oder in einem Versagen des Mittels begründet waren. Bei den mit Erfolg behandelten kleinen Patienten erhielten die meist grünen, wässerigen oder auch schleimigen, stinkenden Stühle nach 1—3 tägigem Gebrauch von 0,5 g Tannismut festere Konsistenz und gelbe oder gelbgrüne Farbe. Diese verhältnismäßig rasche Heilung tritt jedoch hauptsächlich bei den mehr passageren Darmstörungen, welche durch die sommerliche Hitze hervorgerufen werden,

in Erscheinung. Bei chronischen Fällen wird meist längere Darreichung oder Anwendung in wiederholten Dosen notwendig sein. Zusammenfassend kann Verf. sagen, daß Tannismut, zumal es keine schädlichen Nebenwirkungen äußert, bei den Darmerkrankungen der Säuglinge und Kinder eine wertvolle Unterstützung unserer Diätvorschriften bedeutet, da es in zahlreichen Fällen gelingt, dieselben mit dessen Hilfe abzukürzen und somit früher wieder zu einem vollwertigen Nahrungsregime zurückzukehren. (Allgem. med. Central-Ztg. 1913 Nr. 50.)

Tannismut in der Kinderpraxis. Von Dr. H. Schmidt. (Aus dem St. Josef-Kinderspital in Wien.) Das Tannismut wurde hauptsächlich bei den akut auftretenden Katarrhen des Dünndarmes, insbesondere wenn das zu rasche Auftreten der Erscheinungen auf größere Ausbreitung der erkrankten Schleimhaut schließen läßt, verwendet, da man in solchen Fällen auf die rasche Desinfektion des Darmtraktes und Entfernung der in demselben vorhandenen fäulniserregenden Produkte bedacht sein muß. In solchen Fällen unterstützt man die Diät durch Medikamente, die besonders dann erwünscht sind, wenn sowohl die Intelligenz wie auch die sonstigen Umstände der Kranken eine alleinige diätetische Kur ohnehin nicht zulassen würden. Nach Verf.s Beobachtungen besitzt das Tannismut den großen Vorteil, daß es seine Wirkung auch auf den Dickdarm ausübt. Verf. bemerkte auch bei entzündlichen Prozessen des Dickdarms bei gleichzeitiger Einhaltung der diätetischen Maßnahmen prompte Wirkung. Bei akuten Darmkatarrhen sah er den Durchfall und die Schmerzen in einigen Tagen, manchmal auch in einem Tag schwinden. Die reichlichen dünnen Stühle verminderten sich und nahmen eine feste, harte Konsistenz an. Bei Brechdurchfall hörten Erbrechen und Durchfall schon nach einem bis zwei Tagen auf, das Aussehen der Kinder besserte sich, der Appetit stellte sich wieder ein. Öfter gelang es, durch prompte Unterdrückung der Fäulnisvorgänge im Dünndarm das Weiterschreiten des Prozesses auf den Dickdarm zu verhindern. Eine ungünstige Beeinflussung der Magenverdauung oder Beeinträchtigung des Appetits hat Verf. vom Tannismut nicht gesehen. Das Mittel ist auch bei Säuglingen ungefährlich und wird gerne genommen. In besonders schweren Fällen verminderten sich die Stühle und nahmen festere Form an, verloren den unangenehmen Geruch und wurden nach 6—8 tägiger Behandlung ganz normal. Verf. hat bei Tannismut seine Zuflucht nie zu Opiaten nehmen müssen, die er in der Kinderpraxis wegen der großen Intoxikationsgefahr für unanwendbar hält. Verf. hat sich in der Dosierung des Tannismuts keine Zurückhaltung auferlegt und gab kleineren Kindern 3—4 mal täglich 0,25 g, größeren Patienten 3 mal 0,5 g. In den meisten Fällen wurde die Verabreichung auch bei Besserung und Sistierung der Stühle noch eine Zeit lang fortgesetzt, die Dosis jedoch vermindert. Die kleineren Kinder erhielten das geschmack- und geruchlose Pulver, die größeren die angenehm schmeckenden Tabletten mit Schokoladedragierung. Verf. nimmt keinen Anstand, das Tannismut als ein prompt wirkendes, harmloses Adstringens, das auch in zartestem Kindesalter ohne Schaden verwendet werden kann, bestens zu empfehlen.

(Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1913 Nr. 44.)

Verwendung des Papaverins in der Kinderbehandlung. Von Dr. E. Popper (Kinderabteilung der Wiener Allgem. Poliklinik). Verf. sieht das Hauptanwendungsgebiet des Papaverins in dem Erbrechen der Säuglinge, bei dem er mit Finkelstein drei der Intensität nach verschiedene Grade unterscheidet, das habituelle Erbrechen, das unstillbare Erbrechen und den Pylorospasmus. Verf. kann nun behaupten, daß er bisher eigentlich kaum jemals ein Versagen des Papaverins in der Behandlung dieser Zustände sah, sondern daß fast jedesmal das Erbrechen prompt aufhörte, sobald und solange Papaverin gegeben wurde. Immerhin wird es wohl zweifellos auch hier Fälle geben, die sich nicht beeinflussen lassen. Verf. ließ es immer per os nehmen und empfiehlt nur für den Fall, daß das Medikament erbrochen wird, die Einführung per Klysma, eventuell die subkutane Injektion. Da das Mittel ungiftig ist, kann man ziemlich große Dosen geben. Verf. verordnet drei- bis fünfmal täglich, am besten vor dem Trinken, 0,005 bis 0,01, oder in Lösung jedesmal einen bis zwei Kaffeelöffel Papaverin Roche 0,1 : 100 ohne Sirup. (Eventuell die Dosis steigern!) Diese Dosierung gilt auch für ganz junge Säuglinge. Die Wirkung tritt sofort ein. Nicht selten sieht man, daß nach Gebrauch durch einige Zeit das Erbrechen auch vollständig aufhört und es zur Heilung der Krankheit kommt, obwohl man natürlich dem Papaverin nur eine symptomatische Wirkung

zuschreiben kann. — Auch bei Keuchhusten hat sich Papaverin gut bewährt. Verf. gab 0,2—0,3 : 100,0, zweistündlich einen Kinderlöffel. Die Wirkung trat in den meisten der bisher behandelten Fälle sofort ein und bestand darin, daß die Anfälle viel leichter, zuweilen auch seltener wurden, daß das Aufziehen schwächer wurde, nicht mehr bei jedem Anfalle eintrat, auch einmal ganz aufhörte, daß vor allem das Erbrechen bedeutend seltener wurde, manchmal sogar ganz schwand, alles nur, solange das Mittel genommen wurde. Der Husten selbst bestand weiter, da ja auch die Krankheit weiter bestand. (W. kl. W. 1914 Nr. 14).

Die Therapie des Keuchhustens. M. Kärcher-Kaiserslautern hat in 30 Fällen von Keuchhusten bei Kindern zwischen 1 und 10 Jahren, die alle im Stadium convulsivum zur Behandlung kamen und teilweise sehr schwer erkrankt waren, das Thymipin-Golaz mit so günstigem Erfolg angewendet, daß ihm das neue Präparat nahezu ein Spezifikum darzustellen scheint, welches zur Nachprüfung empfohlen werden muß. Das Thymipin-Golaz ist ein Dialysat aus Herba Thymi et Pinguiculae, das von der Zyma A.G. in St. Ludwig im Elsaß und Aigle in der Schweiz dargestellt wird (und außerhalb Deutschlands den Namen „Pilka" führt). Ordinationsvorschrift: 1. für Kinder bis zu 5 Jahren: Ein Tropfen morgens nüchtern und ein Tropfen abends nüchtern in einem Eßlöffel voll kalten Wassers, bis die Anfälle nachlassen; darauf 2—3 Tropfen morgens und 2—3 Tropfen abends bis zur Heilung. Sollten sich wieder Hustenanfälle zeigen, während man noch 2—3 Tropfen gibt, so gehe man zurück auf einen Tropfen morgens und einen Tropfen abends bis zum vollständigen Verschwinden der Krankheit. 2. für Kinder über 5 Jahre: Morgens 2 Tropfen und abends 2 Tropfen während 3—6 Tagen, dann steigen auf 3—4 Tropfen morgens und abends bis zur Heilung. Sollten während der Zeit, in welcher man 3—4 Tropfen gibt, wieder Hustenanfälle auftreten, so gehe man zurück auf 2 Tropfen morgens und 2 Tropfen abends bis zur vollständigen Heilung. (Vereinsbl. der Pfälzer Ärzte, März 1914. M. m. W. 1914 Nr. 22.)

Die Verwendung des Mastisols bei der Impfung. Von Dr. L. Bittner, Hohenelbe. „Ein kleiner Metallbehälter, event. der Deckel der Hülse einer Rekord-Spritze, wird mit Spiritus gefüllt, angezündet und auf diese Weise rasch sterilisiert; dahinein kommt nun der Impfstoff. Die Impfnadel aus Platin-Iridium wird von Fall zu Fall in einer Spiritusflamme ausgeglüht, was immer in einigen Sekunden geschehen ist. Die zu impfende Hautpartie, gewöhnlich die Gegend des M. deltoideus am linken Oberarm, wird mit Äther gereinigt und hierauf geimpft. Wenn alle Impflinge durch sind, werden die ersten nochmals vorgenommen; es wird nun mit steriler Watte, die an einem Holzstäbchen befestigt ist und beliebig oft gewechselt werden kann, das Mastisol in einem breiten Kreise rund um die einzelnen Impfstellen aufgetragen und darauf eine kleine, runde Verbandstoffscheibe gedrückt, die sofort fest haftet und die Impfstelle sehr schön abschließt, sowie jede Verunreinigung durch schmutzige Wäsche, abfärbende Blusen, Kleidchen und Kratzen verhindert. Diese Verbandstoffscheiben haften sehr gut durch 3—4 Tage, können aber jederzeit, tangential zur Haut, sehr leicht abgezogen werden; diese Zeit von 3—4 Tagen genügt aber zur Bildung eines Reaktionswalles an der Impfstelle, so daß eine direkte Infektionsgefahr nicht mehr so leicht besteht. Ich warte deshalb mit der Anbringung des Mastisolverbandes, bis alle Impflinge durch sind, damit der Impfstoff wirklich in die eröffneten Lymphbahnen eindringen kann und nicht anderweitig durch Kleidungsstücke aufgesogen oder von erfahrenen Jungen, die sich alle Jahre als erste zur Impfung melden, mit Taschentuch oder sogar Tafelschwamm so rasch als möglich weggewischt wird. Ein kleiner Mastisoldeckverband ist auch vorzüglich, wenn die Impfpusteln in Blüte sind, da er gut hält, leicht erneuert werden kann und kein Ekzem macht, was bei den kleinen Patienten von großer Wichtigkeit ist. Ich habe im Vorjahre zirka 300 Impfungen vorgenommen und war mit dieser Art der Deckverbände außerordentlich zufrieden. Ich verwende ferner das Mastisol zur Desinfektion von Injektionsstellen. Die Hautpartie wird weder desinfiziert, noch rasiert, sondern nur mit Mastisol bestrichen. Durch das Mastisol hindurch wird eingestochen und die Einstichöffnung mit einer sterilen Verbandstoffscheibe verschlossen. Das Mastisol und die sterilen Verbandstoffscheiben in passender, steriler Packung sind zu sehr mäßigem Preise bei der Verbandstoff-Fabrik Hartmann & Kleining, Hohenelbe beziehbar."

(Prag. m. Wschr. 1914 Nr. 19.)

V. Monats-Chronik.

Berlin. In gebührender Würdigung der höchst bedauerlichen Tatsache, daß im Reichstag sich nicht weniger als 119 Abgeordnete gefunden haben, die gemäß dem Antrage des bekannten impfgegnerfreundlichen Zentrumsabgeordneten Dr. Pfeiffer „zur Klärung der Impffrage" für die Berufung einer aus Impffreunden und Impfgegnern in gleicher Stärke zusammengesetzten Kommission stimmten, hat Ministerialdirektor Kirchner eine Verstärkung des Kampfes gegen die Impfgegnerschaft für nötig gehalten. In der Medizinalabteilung ist eine kleine Broschüre „Statistisches zur Wirkung des Reichs-Impfgesetzes vom 8. April 1874" ausgearbeitet worden, die an der Hand mehrerer Tabellen die Wirkungen der obligatorischen Vakzination auf die Pockenmorbidität und -mortalität in Deutschland und Preußen beleuchtet und in Vergleich mit anderen Ländern stellt, in denen die Impfung nur beschränkt durchgeführt wird. Auch die Frage der Impfschädigungen wird gestreift. Diese Broschüre (erschienen im Verlage von R. Schoetz, Berlin) wird mit Hilfe der Behörden zur Belehrung des Publikums verwandt werden. — Wieviel mit einer solchen wissenschaftlichen Abhandlung gegenüber den unbewußt und bewußt unwahren Verhetzungen des Publikums erreicht werden wird, steht dahin. Erfreulich ist aber, daß die Regierung sich entschlossen hat, die Aufklärungsarbeit zu erweitern und nicht mehr so viel wie bisher der freiwilligen Tätigkeit der Ärzte zu überlassen. Wir haben schon einmal an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß die Behörden dem Treiben der Kurpfuscher und Impfgegner durchaus nicht mit der Energie entgegentreten, die im Interesse des Volkswohls dringend geboten ist. Nicht nur die Gerichte lassen es hierin trotz vielfacher Besserung auch heute noch an sich fehlen, sondern auch die Verwaltungsbehörden, insbesondere die Polizei. Auch das Kultusministerium sollte sich dieser Kulturaufgabe mehr annehmen und namentlich in den Volksschulen rechtzeitig die Köpfe der Jugend gegen spätere Einwirkungen des Kurpfuschergelichters zu schützen versuchen.

(Prof. Schwalbe in d. „D. m. W.".)

Charlottenburg. Nach einem Beschluß der Deputation für Gesundheitspflege sollen künftig an stillende Mütter warme Mahlzeiten, sofern deren Verabfolgung aus besonderen gesundheitlichen Gründen geboten erscheint, als Stillbeihilfe — in der Regel für die Dauer von höchstens vier Wochen — verabreicht werden. Die Lieferung der Mahlzeiten haben der Hauspflegeverein, das Jugendheim, die Volksküche des Vaterländischen Frauenvereins und die Volks-Kaffee- und Speisehallengesellschaft übernommen. Die Verabreichung der Mahlzeiten erfolgt auf Grund besonderer Gutscheine, die von den Säuglingsfürsorgestellen ausgestellt werden.

Altona. Das neue Kinderhospital an der Treskowallee und das mit ihm verbundene Säuglingskrankenhaus, das von Herrn R. v. Donner zum Gedächtnis seiner Mutter gestiftet worden ist, ist am 24. Juni eingeweiht.

Straßburg i. E. Dr. Würtz, Chefarzt der Säuglingsheilanstalt, hat den Titel Professor erhalten.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

19. Jahrgang. 1. September 1914. Nr. 9.

I. Originalbeiträge.

Aus dem Ladislaus-Infektionskrankenhause zu Budapest.
(Leiter: Professor Sigmund von Gerlóczy.)

Über die therapeutische Wirkung des Formamints bei infektiösen Rachenerkrankungen, speziell bei der durch Loeffler'sche Bazillen erzeugten gemeinen Rachendiphtherie.

Von

Assistenzarzt Dr. **Amelie von Mallik.**

Forschungen haben uns gezeigt, daß eine Reihe von Infektionskrankheiten durch Krankheitserreger bedingt ist, welche ihren Eintritt in den Organismus durch eine Pforte nehmen, die den verschiedensten Infektionen offensteht.

Der Mund bzw. Rachen, die als ein solch offenes Tor bezeichnet werden können, besitzen zwar Schutzvorrichtungen, um den eindringenden Bakterien gewappnet entgegenzutreten, doch wie überall im menschlichen Organismus, so besteht auch hier der Satz zu vollem Rechte, daß die schützende Fähigkeit des Organismus nur eine relative ist. Sehr großen Forderungen gegenüber erliegt diese Fähigkeit, und die in übergroßer Menge o derVirulenz eindringenden Bakterien erringen dann den Sieg.

Die medizinische Wissenschaft ist schon seit langem bemüht, spezifische Krankheiten durch spezifische Mittel zu bezwingen. Diese Bemühung kann aber noch lange nicht als erfolgreich bezeichnet werden, denn zum Teil sind die Krankheitserreger solcher Infektionskrankheiten noch nicht bekannt, und die therapeutischen Versuche sind genötigt, auf dunklem, unbekanntem Gebiete zu arbeiten; zum Teil, wo die Infektionserreger bekannt sind, fruchtet die spezifische Medikation nur wenig. In solchen Fällen, in denen uns keine spezifischen Mittel zur Verfügung stehen, oder in denen wir durch spezifische Mittel wenig oder nichts zu erreichen imstande sind, tritt die keimabtötende Lokalbehandlung in ihre Rechte. Und selbst bei derartigen Erkrankungen, wie z. B. Diphtherie, deren Gefahren gegenüber der Arzt, im Bewußtsein eines in der Mehrzahl aller Fälle sicher wirkenden Heilmittels, mit einer gewissen überlegenen Ruhe steht, selbst da sind Desinfizientien eine unentbehrliche therapeutische Hilfsquelle.

Schon lange kennt man den Wert dieser Behandlung, deren Vorteil die lokale zeitweise Keimtötung sein soll, ohne daß man sich über die Art und Weise der Abtötung endgültig geeinigt hätte.

Das Gurgeln wird schon von jeher mit weniger oder mehr Erfolg verwendet. Überhaupt lassen sich bei der Wertbemessung eines medikamentösen Verfahrens sehr schwer absolut beweisende Untersuchungen anstellen. Hier haben individuelle Erfahrung und Beobachtung weiten Spielraum. Nichtsdestoweniger haben Untersuchungen erwiesen — insbesondere die von Young — daß die gute Wirkung des Gurgelns weniger auf seiner antiseptischen Wirkung, als auf einer mechanischen Reinigung der Schleimhäute beruht. Als besonderer Nachteil des Gurgelns wäre zu bezeichnen, daß durch die krampfhafte Stellung der Schlundmuskulatur beim Gurgeln Nischen und Buchten im Rachenraum vollkommen verdeckt und dadurch auch der mechanischen Reinigung entzogen sind. Young machte fernerhin die Erfahrung, daß sofort nach dem Gurgeln oft der Staphylococcus albus und manchmal auch der aureus in Reinkulturen zu züchten war, während diese beiden Arten von Bakterien vor dem Gurgeln fehlten. Diese Erscheinung erklärt Young durch die mechanische Reizung der Gewebe bei der anstrengenden Bewegung der Schlundmuskulatur während des Gurgelns, welche die Bakterien aus ihrer Lage mobilisiert. Wenn auch aus diesem Umstande keine direkt nachweisbaren Hindernisse für den Kranken erwachsen, so glaube ich doch mit Recht annehmen zu dürfen, daß eine solche Mobilisation eher für schädlich als für nützlich gehalten werden kann.

Das Duschen bringt keine besonderen Vorteile und ist außerdem nicht ungefährlich.

Das Auswischen des Rachens, wie es sich in den weitesten Kreisen, besonders der niedersten Volksschichten, größter Beliebtheit erfreut, ist die schädlichste und gefährlichste unter den mechanischen Reinigungsmethoden, weil durch das Auswischen, welches schon an und für sich für die entzündeten, geschwollenen, belegten Schleimhäute ein Trauma bedeutet, größere Wundflächen entstehen, die wieder ihrerseits der Infektion ein weites Tor öffnen. Die Bakterien können dann in großer Menge in den Blutstrom eindringen; ja, man könnte sagen, die Bakterien werden durch das Auswischen direkt in den Blutstrom gepreßt.

Pastillen hingegen haben den Vorteil, daß sie längere Zeit im Munde behalten und durch die chemische Wirkung des Speichels in ihre antiseptisch wirkenden Bestandteile zerlegt werden können. Wir verfügen über eine große Anzahl solcher Pastillen, welche ihren Zweck mehr oder weniger gut erfüllen.

Näheres möchte ich hier nur über die von Bauer & Co. erzeugten Formamint-Tabletten bringen, welche in unserer Anstalt seit mehreren Monaten mit größtem Erfolge angewendet werden.

Die Formamint-Tabletten sind äußerst wohlschmeckend, was in der Kinderpraxis einen nicht genug zu schätzenden Umstand bedeutet.

Nachforschungen, auf experimenteller Basis fußend, zeigen uns, daß Formamint bakterizide Eigenschaften in hohem Grade besitzt.

Nach einigen Autoren soll Formamint die verschiedensten Bazillen töten.

Wir haben nur mit Diphtheriebazillen Versuche gemacht und zwar folgendermaßen:

Mit einer sterilen Platinöse nahmen wir etwas Belag aus dem Rachen des Patienten. Mit diesem Belage bestrichen wir 2 Kulturen. Die eine Kultur war noch mit einer konzentrierten Formamint-Lösung übergossen. Nun kamen beide Kulturen in den Thermostaten. Nach 24 Stunden stellten wir die mikroskopische Untersuchung an und fanden, daß auf den mit Formamint-Lösung übergossenen Kulturen Loefflersche Diphtheriebazillen fehlten, während die Parallelkulturen Diphtheriebazillen in großer Menge aufwiesen.

Unsere klinischen Erfahrungen über die therapeutische Wirkung des Formamints bei Diphtherie, die wir an einem reichen Material von 183 Fällen machten, sind äußerst günstig.

Unsere Versuche mit Formamint-Tabletten stellten wir fast nur bei schweren Diphtheriefällen und bei solchen Scharlachfällen an, bei denen neben ausgebreiteter Rachennekrose ein penetranter, aus zerfallenden Gewebsfetzen stammender Foetor ex ore bestand. Diese Fälle schienen uns am geeignetsten, um uns eine Meinung über die desodorierende und therapeutische Wirkung des Formamints zu bilden. Die nahezu 200 Krankengeschichten zeigen, daß die desodorierende Wirkung des Mittels unbestreitbar ist. Von der ausführlichen Bekanntmachung aller dieser Krankengeschichten in ihren Einzelheiten kann ich ruhig absehen. Ich möchte nur soviel erwähnen, daß wir nicht nur bei schweren, von Loefflerschen Bazillen erzeugten genuinen Diphtheriefällen die ausgezeichnete desodorierende und desinfizierende Wirkung der Bauerschen Formamint-Tabletten sahen, sondern auch bei schweren, von Streptokokken hervorgerufenen Rachennekrosen.

Da sich unsere bakteriologischen Versuche lediglich auf spez. Loefflersche Diphtheriefälle beziehen, so glaube ich mich am besten vor Täuschungen hüten zu können, wenn ich nur die Fälle einer eingehenden Kritik unterziehe, in denen wir die Wirkung des Formamints mit bakteriologischen Untersuchungen kontrollierten. Von diesen Fällen möchte ich mir erlauben, einige bekanntzugeben:

1. Frau J. F., 78 Jahre alt, erkrankte mit Halsschmerzen, nach 3 Wochen konstatiert der behandelnde Arzt Diphtherie, die Kranke kommt am 14. IV. in unser Spital. St. p. Die Tonsillen, der weiche und zum Teil auch der harte Gaumen sind mit ausgebreitetem, dickem, weißem, glänzendem Belage überzogen. Penetranter Foetor ex ore. Die bakt. Untersuchung ergibt Loefflersche Bazillen in großer Menge. Therapie: Neben spez. Behandlung stündlich 1 Formamint-Tablette. 15. IV. Status unverändert, Foetor etwas weniger intensiv. 16. IV. Der harte und zum Teil auch der weiche Gaumen belagfrei; ziemlich ausgebreiteter Belag an den Gaumenbögen, Zäpfchen und Tonsillen. 17. IV. Foetor in seiner Intensität bedeutend geschwächt; Belag unverändert. 18. IV. Foetor verschwunden. 19. IV. Der Belag weniger ausgebreitet. Therapie: 6 Tabletten täglich. 20. IV. Neben fibrin. Fetzen tiefe Ulzerationen. 21. IV. Der Belag wird weniger. 22. IV. Nur einige Überbleibsel vom Belag. 23. IV. Der Rachen fast belagfrei. 24. IV. Reiner Hals. Bakt. Untersuchung: Loeffler negativ. — Der Fall heilt ohne Komplikationen.

2. L. Sch., 4 Jahre alt: Erkrankte am 16. II. mit Halsschmerzen. Am 17. II. wurde sie in unser Krankenhaus gebracht. Schwere Rachen- und Nasendiphtherie.

Ausgebreiteter, dicker, weißlichgelber Belag. Intensiver Foetor. Therapie: Serum, stündlich 1 Formamint-Tablette. 18. II. Rachen unverändert; im Harn Eiweiß; Foetor geringer. 19. II. Foetor fast total geschwunden; tägl. 6 Tabletten. 19. II. Noch ausgebreiteter Belag. Beginnende Demarkation. Intensiver eitriger Nasenfluß. Kein Foetor. Im Harn Eiweiß. 20. II. Der Belag zeigt scharfe Demarkation, beginnt sich abzulösen. Nasendiphtherie unverändert. Im Harn viel Eiweiß. 21. II. Ein Teil des Belags hat sich abgelöst. An Stelle des Belags tiefe Ulzerationen und blutende Wundflächen. Im Harn Eiweiß. 22. II. Der Belag fast ganz geschwunden. 23. II. Auf beiden Tonsillen wenig Belag. 24. II. Rachen wie gestern. 25. II. Minimale Belag-Überbleibsel. 26. II. Der Hals belagfrei. Wenig Nasenfluß. Formamint bleibt aus. Im Harn weniger Eiweiß. Am 1. III. Der Harn eiweißfrei. Am 14. III. Kein Nasenfluß mehr. Am 17. III. verläßt die Patientin das Spital.

3. L. K., 9 Jahre alt, erkrankt am 30. I. mit Halsschmerzen. Am 31. I. kam er ins Spital. St. pr.: Ausgebreiteter dicker, schmutziggelber Belag im Rachen. Blutig-fibrinöser intensiver Nasenfluß. Penetranter Foetor ex ore. Therapie: Spez. Serumtherapie; stündlich 1 Formamint-Tablette. 1. II. Demarkation des Belags, Foetor geringer, Nasenfluß gleichförmig. 2. II. Belag bedeutend weniger ausgebreitet, Foetor kaum merkbar. 3. II. Belag oberflächlich, nur auf die Tonsillen beschränkt. Kein Foetor, Nasenfluß weniger intensiv. Therapie: zweistündlich 1 Tablette. 4. II. Auf der rechten Tonsille wenig Belag. 5. II. Rechte Tonsille belagfrei. Minimale Überbleibsel auf der linken Tonsille. Am 6. II. Hals rein. Minimaler Nasenfluß. Am 12. II. Kein Nasenfluß mehr. Am 20. II. verläßt der Kranke das Spital.

4. K. Ls., 10 Jahre alt, erkrankte am 18. XII. mit Halsschmerzen. Am 22. XII. kommt sie ins Spital. Die Tonsillen, Uvula, Gaumenbögen bedeckt ein dicker, graulichweißer, zusammenhängender Belag. Eitriger Nasenfluß. Penetranter Foetor ex ore. Therapie: Spez. Serumtherapie, zweistündlich 1 Formamint-Tablette. Am 23. XII. Foetor intensiv, der Belag noch sehr ausgebreitet. Beginnende Demarkation. In der linken Nase dicker, weißlichgelber Belag. 25. XII. Weiterschreitende Demarkation des noch immer äußerst ausgebreiteten, massigen Belags, Foetor bedeutend geringer, Nasenfluß intensiv. 26. XII. Der Belag scharf demarkiert. Foetor kaum bemerkbar, Nasendiphtherie unverändert. 27. XII. Kein Foetor. Belag zum Teil abgelöst. 28. XII. Vordere Fläche der Uvula belagfrei. 29. XII. Wenig Belag auf beiden Tonsillen und Gaumenbögen. 30. XII. Nasendiphtherie geringer. 31. XII. Oberflächliche Belagüberbleibsel auf beiden Tonsillen und Seitenflächen des Zäpfchens. 1. I. Tonsillen belagfrei. 3. I. Wenig Nasenfluß. Minimaler Belag auf den Gaumenbögen. 8. I. Reiner Hals. Kein Nasenfluß. 9. I. Albuminurie. 11. I. Gaumenlähmung. Am 22. I. verläßt die Patientin geheilt das Spital.

Nach dem hier Gesagten möchte ich nun zum Schlusse die günstigen therapeutischen Eigenschaften des Formamints in folgende Punkte zusammenfassen:

1. Der angenehme erfrischende Geschmack, der oft auch bei Erwachsenen, hauptsächlich aber in der Kinderpraxis von unschätzbarem Werte ist.

2. Längeres Verweilen der Tabletten im Munde infolge des eben erwähnten Wohlgeschmackes.

3. Das Eindringen des Antiseptikums selbst in die verborgensten Nischen des Rachenraumes infolge der lutschenden Bewegung der Pharynxmuskulatur.

4. Seine Ungefährlichkeit. In keinem unserer nahezu 200 mit Formamint behandelten Fälle kam Hämaturie vor.

5. Die bakterizide und

6. die desodorierende Wirkung, die auch bei stärkstem Foetor ex ore stets prompt eintritt.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Archiv für Kinderheilkunde. 63. Band. 1. und 2. Heft.

Hugo Zade (Immigrath), Kritische Studie über das mit Azetonämie einhergehende periodische (zyklische, rekurrierende) Erbrechen im Kindesalter. Versuch einer ätiologischen Erklärung der Krankheit. $5^1/_2$ jähriger Knabe, der einen schweren typischen Anfall von P. E. durchmachte. Der Fall gibt dem Autor Anlaß zu einer Zusammenstellung und kritischen Würdigung der einschlägigen Literatur, besonders der verschiedenen Deutungsweisen der Krankheit. Seine eigene Ansicht ist die: Ein — vermutlich psychogener — Reiz kann nur an einem im Sinne von Fliess „periodischen" Tage destruierend wirken auf den Kohlehydratstoffwechsel des kindlichen Körpers, wobei er gleichzeitig durch Erregung des Brechzentrums die Brechattacke auslöst. Wie dieser Reiz wirkt und ob er materielle Veränderungen im Zentralnervensystem zeigt, muß offen bleiben, genau so wie z. B. bei einer akut auf Shock einsetzenden Form des Diabetes. — Möglicherweise sind mit diesen Vorgängen Veränderungen der „inneren Sekretion" der Thymusdrüse verknüpft. — Der Reiz klingt ab, und die Attacke ist vorbei. Die Schnelligkeit seines Abklingens scheint abhängig von der Reizstärke und von dem Grade der Labilität des psychischen Gleichgewichtes des betroffenen Kindes. Das Abklingen wird offenbar erleichtert, wenn es gelingt, die mit der Krankheit einhergehende Azetonämie zu beseitigen, jenen deutlichen Ausdruck der Störung im Stoffwechsel der Kohlehydrate.

Bruno Leichtentritt, Erfahrungen über die nach dem Verfahren von Engel hergestellte Eiweißmilch. (Mit 10 Kurven.) Um die Nachteile der Eiweißmilch — höherer Preis, schwierige Darstellung, schlechter Geschmack — zu beseitigen und doch ihre Vorzüge zu erhalten, konstruierte Engel eine Milch, bei der das Kasein durch Lab zur Gerinnung gebracht und ein Teil der Molke entfernt wird. Das Rezept lautet: „Die frische Milch wird abgekocht und dann auf ca. 40—42° abgekühlt. Alsdann wird das Lab (in Tablettenform) zugesetzt, und zwar mit wenigen ccm Wasser verrührt. Nunmehr läßt man die Milch ruhig im Zimmer stehen. Nach $^1/_2$ Stunde, wobei sich die Milch auf ca. 32—34° abkühlt, wird sie nochmals schnell auf dem Gaskocher oder Herd auf 40—42° angewärmt. Nach wenigen Minuten pflegt hierauf die Gerinnung einzutreten. Die Milch wird grützlich, wovon man sich bei der Probe mit einem Schöpflöffel leicht überzeugen kann, und in kürzester Zeit verwandelt sie sich unter gelegentlichem Rühren in eine dünne, feine, flockige Masse. Man läßt die geronnene Milch etwa $^1/_4$ Stunde stehen und gießt dann zu ihr die gleiche Menge abgekochtes, auf 40° erwärmtes Wasser. — Man durchmischt beides; nach kürzester Zeit setzen sich die Kaseingerinnsel am Boden ab. Nach spätestens $^1/_2$ Stunde kann man die oben stehende wässerige Flüssigkeit vorsichtig abgießen und hat in

dem überbleibenden Teil die fertige Milch vor sich, die nun gleich wie die Eiweißmilch mit oder ohne Nährzucker verabreicht wird.

Die Vorzüge der Milch liegen darin, daß man die Molke aus der Milch entfernen kann, ohne auf den nötigen Kaseinfettgehalt erst durch nachträglichen Zusatz wieder zu kommen. Gleichzeitig wird eine so feinflockige Gerinnung erzeugt, wie sie sonst durch mechanische Zerkleinerung kaum zu erreichen ist. Die Milch hat ungefähr den Geschmack der unveränderten Milch. Sie wird gut genommen und ihre Erfolge sind besonders bei der Dyspepsie ausgezeichnet, wo mit einem Schlage die Stühle sich konsolidieren und das Fieber schwindet. Die Milch eignet sich außerordentlich gut zum Abstillen.

Leonhard Voigt (Hamburg), Bericht über die im Jahre 1913 bis 1914 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung. Hecker.

M. Manicatide, Der Komplementbindungsvorgang bei Keuchhusten. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 3 u. 4. S. 226.) Verf. hat vor einigen Jahren einen „Z"-Bazillus beschrieben, den er für den Erreger des Keuchhustens hielt. Nunmehr werden Untersuchungen veröffentlicht über die Frage der Komplementbindung für den „Z"-Bazillus mit dem Serum von keuchhustenkranken Kindern. In allen 19 untersuchten Fällen ist der Komplementbindungsversuch positiv ausgefallen. 6 Fälle ohne Keuchhusten ergaben negativen Ausfall der Reaktion. Verf. führt dann noch weitere Beweise für die Spezifität des Keuchhustenerregers an.

Er ist im Keuchhustensputum am häufigsten zu finden; Verf. hat ihn nur bei 6% der untersuchten Fälle (über 200) vermißt, (der Bazillus von Bordet ist schwer und überhaupt nicht zu finden wenn die Krankheit noch durch das Sputum ansteckend ist). Die Virulenz bei Haustieren ist schwach, die des Bordetschen Bazillus sehr stark. Man hat noch nie eine tödliche Seuche bei Tieren gleichzeitig mit Keuchhustenepidemie beobachtet. Verf. hat dagegen, sogar in 3 Fällen bei Schafen, einen Anfallhusten mit unwillkürlicher Defäkation und Urinlassen hervorgerufen, der sehr ähnlich aussah wie der Keuchhusten beim Kinde. Die Serotherapie des Keuchhustens mit dem durch den „Z"-Bazillus vorbehandeltem Serum von Schafen und Pferden hat ihn ziemlich gute Resultate geliefert. Von ungefähr 300 Fällen sind 220 glatt in einigen Tagen (2—12 Tage) völlig geheilt, 60 einigermaßen gebessert und 20 gar nicht beeinflußt. Die Serotherapie, durch andere Sera (Bordet usw.) ist negativ ausgefallen. Die Seroprophylaxis hat Verf. ein sehr eklatantes Experiment geliefert. Unter 300 Findlingen im Alter von 4—12 Jahren, die zusammen lebten, hat Verf. bei einer Keuchhustenepidemie 15 präventiv mit 10 ccm Serum geimpft und 17 freigelassen. Die letzten 15 sind alle an Keuchhusten erkrankt, von den ersten 17 keines. Nach 6—12 Monaten haben auch diese allmählich die Krankheit bekommen.

Schick (Wien).

L. F. Meyer, Zur Infektionsverhütung im Säuglingsspital. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 3 u. 4. S. 233.) Beobachtungen im Kinderasyl und Waisenhaus der Stadt Berlin schienen darauf hin-

zuweisen, daß immer noch die Infektion (vor allem Grippe) die Hauptschuld an den Mißerfolgen der Säuglingsanstalten trägt. Ein Kind, das sich länger als einen Monat im Spital aufhält, hat die Aussicht, durchschnittlich eine Affektion der Luftwege zu erwerben. Bei einem Spitalsaufenthalt von über 100 Tagen macht ein Individuum durchschnittlich drei solcher Infektionen durch. Die Bedeutung der Infektionen geht aber weit über die einer Lokalerkrankung der Luftwege hinaus. Der Infekt ist imstande, jede Form der Ernährungsstörung auszulösen. Die Beziehungen zwischen Infektion und Ernährungsvorgang können den Schlüssel zum Verständnis eines milden Hospitalismus geben. Die Hauptaufgabe des Anstaltsarztes ist es, die Einschleppung von Infektionen in das Spital einzuschränken. Dieses Problem kann von drei Seiten angefaßt werden:

1. Durch Verbesserung der Ernährungsbedingungen. Je mehr mit Frauenmilch ernährt wird, desto geringer die Zahl der Infizierten. 2. Durch Verbesserung der Pflege, 3. durch direkte Verhinderung der Infektionsübertragung. Hier spielt die Aufnahme von grippekrank aufgenommenen Kindern eine Rolle. Unter 2964 Neueinlieferungen waren insgesamt 417 mit Erkrankungen der Luftwege behaftet. Durch diese 417 Kinder wurden 815 gesunde Kinder mit Grippe infiziert, mit anderen Worten: Jede Erkrankung der oberen Luftwege, die ins Haus eingeliefert wurde, hatte zwei weitere derartige Erkrankungen zur Folge. Die weitere Verbreitung der Grippeinfektion zu verhindern, ist eine schwierige Aufgabe. Sie erfolgt durch Tröpfcheninfektion, oder wie Lesage meint, durch Verschleppung der Erreger durch den Luftzug. Lesage konstruierte daher für kontagiöse Erkrankungen halb offene Boxen in einem großen Saale, dessen Ventilation durch besondere Vorrichtungen äußerst schwach gehalten wird. Verf. hat versuchsweise eine Station nach den Grundsätzen von Lesage eingerichtet. Die Erfolge sind für Grippekranke und Pertussiskranke gute. Für Masern, Diphtherie und Varizellen genügten sie nicht. Für Diphtherie wohl deswegen nicht, weil hier nicht so sehr die Luftinfektion als die Übertragung durch Mittelspersonen eine Rolle spielen dürfte. Die Zwischenwand der Boxen wurde anfänglich durch einfache Mullgaze hergestellt, die zwischen Holzrahmen ausgespannt wurde. Schick (Wien).

Erich Müller, Untersuchungen über die Arbeitsleistung des Blutes und des Herzens bei gesunden Kindern vom 6. bis 11. Lebensjahre. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 3 u. 4. S. 266.) Interessante Untersuchungen, die zum Teil wesentliche Unterschiede gegenüber dem Erwachsenen ergeben. Die absolute Menge des in einer Minute den Körper durchströmenden Blutes ist naturgemäß wesentlich kleiner als bei Erwachsenen, aber berechnet auf das Gewicht, ist sie mehr als doppelt so groß, und die Umlaufzeit ist eine erheblich kürzere (30,41 Sekunden gegenüber 53,08 Sekunden beim Erwachsenen). Auffallend größer ist das Herzschlagvolumen der Kinder, wenn man die Größenverhältnisse des kindlichen und erwachsenen Herzens in Betracht zieht. Die durch die Einzelsystole in die Aorta gepreßte Blutmenge ist beim Kinde relativ sehr groß, die Aus-

dehnungsfähigkeit des kindlichen Herzens erscheint dann noch eine größere als die des Erwachsenen. Der Bedarf an Sauerstoff ist schon bei Körperruhe höher als beim Erwachsenen. Der Blutdruck schwankt zwischen 125 bei 6—7 Jahre alten Kindern und 134 bei 10—11 Jahre alten Kindern. Der Hämoglobingehalt des Blutes nach Sahli betrug durchschnittlich 75%. Außerdem wurde noch die Sauerstoffkapazität, das spezifische Gewicht und der Eisengehalt des Blutes bestimmt.

Schick (Wien).

Hans Rietschel, Inanition und Zuckerausscheidung im Säuglingsalter. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 3 u. 4. S. 282.) Intensiver Hunger kann Säuglinge so schwer schädigen, daß selbst mäßige Nahrungszufuhr (Ammenmilch) schwere toxische Störungen auslösen kann. Solche Beobachtungen sind bei Pylorusstenose gemacht worden. Verf. stellt sich die Frage, ob durch eine kürzer dauernde Inanition bei gesunden Kindern ebenfalls Schädigungen hervorgerufen werden könnten, die den Organismus so schwer beeinträchtigen könnten, daß eine vollkommene Verwertung der Nahrung nicht möglich ist. Dabei lenkt Verf. sein Augenmerk auf die Zuckerausscheidung. Gesunde Brustkinder scheiden bei gewöhnlichen Nahrungsmengen niemals Zucker im Urin aus. Bei gesunden Brustkindern, die durch 2—3 Tage Tee und darnach wieder Brust erhielten, zeigte sich, daß dieser mehrtägige Hunger schon zu einer Störung der normalen Verwertung der Nahrung führen kann und speziell die Assimilationsfähigkeit für Zucker herabsetzt.

Bei sämtlichen Kindern, mit einer Ausnahme, zeigte nach 2 bis 3 tägigem vollkommenen Hunger bei Nahrungszufuhr von 100 bis 150 g der Urin starke Reduktion, in zwei Fällen gelang es auch, typische Osazonkristalle von Milchzucker aus dem Urin zu erhalten. Beginnt man nach den Hungertagen mit sehr kleinen Mengen Milch (50—60 g pro Mahlzeit), so kommt es nicht zur Ausscheidung von Zucker.

Schick (Wien).

K. Kissling, Fünfte Mitteilung über von Behrings Diphtherie-Vakzin. (Aus der IV. Medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.) (D. m. W. 1913 Nr. 51.) Schlußsätze des Verfassers: 1. Von 310 der Diphtheriegefahr besonders stark ausgesetzten Kranken, welche während einer Zeitdauer von fünf Monaten mit Behrings Diphtherie-Vakzin geimpft worden sind, erkrankten an Diphtherie

von 111 zweimalig geimpften Fällen = 0
„ 199 einmalig „ „ = 8

Darunter innerhalb der ersten 9 Tage nach der Impfung 3. Mit klinisch zweifelhaften Symptomen 3. Kompliziert durch Scharlach und anderweitig akzidentelle Erkrankungen 3.

2. Von den klinisch bzw. bakteriologisch diagnostizierten Diphtherieerkrankungen ließen 5, die sämtlich Scharlachrekonvaleszenten betrafen, einen so auffallend leichten Krankheitsverlauf erkennen, daß mit großer Wahrscheinlichkeit ein günstiger Einfluß der Impfung angenommen werden muß.



3. a) Im Gegensatz zu Kleinschmidt und Viereck ist nach unseren Erfahrungen die Interskapularregion als Impfstelle zweckmäßiger als der Oberarm.

b) In Übereinstimmung mit den genannten Autoren scheint die intrakutane Injektion des Vakzins der subkutanen vorzuziehen zu sein. Eine besondere probatorische Injektion ist dabei nicht erforderlich.

c) Auch in unseren Fällen hat sich der Vakzin als vollkommen unschädlich erwiesen.

d) Für die Massenimpfung in der Vakzinationspraxis können Blutuntersuchungen auf Antitoxingehalt entbehrt werden, sie behalten aber, wo sie ausführbar sind, einen großen wissenschaftlichen Wert.

e) Ähnlich zu beurteilen ist die Durchführung von Temperaturmessungen.

4. a) auch in unseren Hamburger Fällen ist oft schon nach einmaliger Impfung eine bedeutende Antitoxinproduktion nachweisbar gewesen. (Bis zu 20 fach normalem Blut.)

b) Die Annahme von Kleinschmidt und Viereck, daß bei einem $^1/_{20}$ fach normalen Blut Diphtherieerkrankungen kaum vorkommen werden, wird durch unsere Beobachtung bestätigt oder wenigstens nicht widerlegt.

c) Zur Erreichung des für einen ausreichenden Diphtherieschutz erforderlichen Blutantitoxingehaltes scheint eine zweimalige Impfung empfehlenswert, aber auch in der Regel ausreichend zu sein, wenn danach eine deutlich wahrnehmbare Lokalreaktion eingetreten ist.

5. Wenn einerseits während der ersten Tage nach der erstmaligen Impfung ein genügender Diphtherieschutz nicht in Aussicht gestellt werden kann, so haben wir anderseits auch keine Anhaltspunkte dafür gewonnen, daß infolge der Impfung zunächst eine verstärkte Diphtherieempfänglichkeit (sogenannte negative Phase) eintritt; es scheint im Gegenteil, wenn keine sonstigen Komplikationen vorliegen, eine nach der Impfung erfolgende Diphtherieinfektion einen außerordentlich leichten Verlauf zu nehmen. Danach wäre bei besonders Diphtherie gefährdeten Individuen die Impfung durchaus nicht kontraindiziert.

6. Anderweitige Erkrankungen, auch solche mit fieberhaftem Verlauf, sind keine Kontraindikation für die Impfung.

7. Während des Zeitraums zwischen der Impfung und einer Diphtherieinfektion auftretende, fieberhafte Erkrankungen scheinen den Vakzinationserfolg (vermutlich wegen gesteigerten Antitoxinverbrauchs) zu beeinträchtigen.

8. Entsprechend der starken Infektionsgelegenheit bei der schweren Diphtherieepidemie, in der wir stehen, beobachteten wir eine beträchtliche Zahl von Diphtherieerkrankungen bei jungen Ärzten und beim Pflegepersonal. Die Disposition zur Erkrankung schwindet aber nach längerem Arbeiten auf der Diphtheriestation infolge einer insensiblen Immunisierung mit antitoxinproduzierendem Erfolg.

9. Es wird bestätigt, daß im Säuglingsalter die Empfindlichkeit gegen den Vakzin in der Regel erheblich geringer gefunden wird als

im späteren Kindesalter und daß die stärkste Empfindlichkeit bei Erwachsenen beobachtet wird. Grätzer.

Cassel (Berlin), Beitrag zur Heine-Medinschen Krankheit. (Ebenda.) Es haben zahlreiche Beobachtungen der letzten Jahre von Medin, Wickmann, Zappert, Hoffmann u. a. gelehrt, daß zu Zeiten, in denen die akute Poliomyelitis und Polioenzephalitis epidemisch auftritt, akute fieberhafte Zustände bei Kindern einsetzen können, die nur einige Tage anhalten und mit einer kompletten Lähmung eines oder mehrerer motorischer Hirnnerven, des Okulomotorius, Fazialis, Abduzens, Hypoglossus und Akzessorius zu endigen pflegen. Bulbus und Gehirnstamm können entweder vorzugsweise oder auch allein befallen werden. Am häufigsten kommen hier Fazialislähmungen allein vor. Müller, Dommening, auch W. Alexander (Berlin) haben Fälle von Diplegia facialis gesehen. Harbitz und Scheel und Eisenlohr haben nachgewiesen, daß es sich in diesen Fällen um nukleäre Erkrankungen der betreffenden, in der Brücke gelegenen Nervenkerne, um sogenannte pontine Lähmungen handelt. Während sonst (bei Hirntumoren) pontine Lähmungen Gruppenerkrankungen zu bilden pflegen, etwa Fazialis und Abduzens, oder Fazialis und Okulomotorius, oder Fazialis und Hypoglossus vergesellschaftet, ist es geradezu charakteristisch für die Heine-Medinsche Krankheit, daß nur einzelne Hirnnerven, und zwar mit besonderer Vorliebe der Fazialis, befallen werden.

Da die vom Verf. beobachteten drei Fälle von schwerer Fazialislähmung zuzeiten gehäuften Auftretens von spinaler und zerebraler Kinderlähmung zur Beobachtung gelangten, und auf Grund des schweren Verlaufs und der elektrischen Befunde nimmt Verf. keinen Anstand, die Fälle zu den pontinen Lähmungen zu zählen. Besonders Zappert weist auf ganz analoge Fälle hin, bei denen kein anderes Lähmungssymptom als das einer hochgradigen Fazialislähmung aller drei Äste vom Aussehen einer peripherischen Lähmung resultierte. Friedjung hat in Wien zuerst in einem solchen Falle auf die Zugehörigkeit derartiger Lähmung zur Heine-Medinschen Krankheit hingewiesen. Unter Zapperts in einer Sammelforschung zusammengestellten 295 Fällen, zumeist bei Kindern von 2—3 Jahren, waren 5 Fälle, bei denen lediglich eine peripherische Fazialislähmung aufgetreten war, nachdem fieberhafte Allgemeinerscheinungen schwere zerebrale oder spinale Veränderungen hatten erwarten lassen. Auch Verf. erwartete in dem Falle 4, der mit der Fazialislähmung in fieberhaftem Zustande in meine Behandlung kam, auf die Ausbreitung der Lähmung auf andere Körperteile — glücklicherweise vergeblich.

Nach den Angaben in der Literatur und nach Verf.s eigenen Beobachtungen der drei Patienten scheint die Prognose bezüglich der Heilung der Gesichtslähmung recht trüb zu sein. Bis jetzt hat sich trotz energischer elektrischer Behandlung kein nennenswerter Erfolg, keine Neigung zur Besserung feststellen lassen. Auch Zappert gibt an, daß von seinen fünf Fällen vier, welche junge Kinder betrafen, vollkommen stationär geblieben sind, während ein einziger Fall (ein elfjähriger Knabe) geheilt wurde. Dieses prognostisch ungünstige

Urteil über die nukleären Lähmungen ist auch von älteren Autoren gefällt worden. So führt Bernhardt aus, daß bei chronisch verlaufenden degenerativen Prozessen in den Nervenkernen des verlängerten Markes und der Brücke die Möglichkeit einer Ausheilung mehr als unwahrscheinlich sei.

Die Erfahrungen, die seit dem epidemischen Auftreten der Heine-Medinschen Krankheit gemacht wurden, haben deutlich gelehrt, daß es sich um eine kontagiöse Krankheit handelt, die sich hauptsächlich vom Menschen auf den Menschen verbreitet. Im Experiment konnte ja die Krankheit auf gewisse Tierklassen übertragen werden. Bezüglich der Übertragung durch den menschlichen Verkehr sind namentlich die Mitteilungen Wickmanns lehrreich (aus dem Kirchspiel Trästena in Schweden) und ähnliche von Langer (Graz) aus Steiermark. Die wenigen Fälle, die zu Verf.s Kenntnis gelangten, legen nun ebenfalls den Gedanken sehr nahe, daß wir es mit kontagiösen Erkrankungen zu tun haben. Drei Fälle von spinaler Kinderlähmung stammen aus einem begrenzten Stadtviertel im Osten Berlins. Noch bemerkenswerter ist die Tatsache, daß Fall 2 und 3 in einem Haushalte zur Zeit der Erkrankung gelebt haben. Sie sind mit achttägigem Zwischenraume erkrankt. Die drei Fälle von Fazialislähmung stammen wiederum aus einem Stadtviertel im Norden Berlins, und zwei der Kranken (5 und 6) wohnen in einem Hause.

Daß wir es bei der Heine-Medinschen Krankheit mit einer exquisit kontagiösen Krankheit zu tun haben, dafür wagt Verf. sein bescheidenes Material nicht ins Treffen zu führen. Im Sinne einer Kontaktinfektion muß es doch aber aufgefaßt werden, daß Fall 2 und 3 in einer Haushaltung gelebt haben und daß Fall 5 und 6 Kinder, die in einem Hause wohnten, betroffen hat. Lassen wir uns aber durch die überreichen Erfahrungen, die in der Literatur niedergelegt sind, zumal der Japaner Noguchi jetzt den Erreger der Krankheit nachgewiesen hat, belehren, so ist ein Zweifel an der Kontagiosität der Erkrankung wohl kaum mehr möglich. Nachdem in Preußen die gesetzliche Meldepflicht der Affektion vor einigen Monaten eingeführt ist, könnte diese Auseinandersetzung recht überflüssig erscheinen, wenn nicht namhafte Ärzte über diese Fragen noch heute geteilter Meinung wären. Kollegen, welche das Auftreten der Krankheit nach ihren früheren Erfahrungen beurteilen, gemäß welchen sie niemals eine Übertragung in Familien oder auf ihren Krankenabteilungen gesehen haben, lehnen, wie Verf. aus persönlichen Unterhaltungen weiß, die Auffassung ab, als ob wir es bei der Heine-Medinschen Krankheit mit einer leicht übertragbaren Affektion zu tun haben. Ärzte, die die Krankheit indessen als eine gefährliche Seuche kennen gelernt haben, die in umfassenden Epidemien durch die Lande ziehen kann, bekennen sich notgedrungen zu einem strengeren Standpunkt. Für seine Person zaudert Verf. nicht mehr einen Augenblick, auf die Seite der letzteren zu treten.

Danach erwächst für uns Ärzte die Pflicht, die Prophylaxe der Krankheit viel ernster als bisher ins Auge zu fassen. Hierbei kann Verf. vollständig dem beipflichten, was Oppenheim in allerjüngster Zeit in prophylaktischer Hinsicht fordert. Die Meldung der Erkran-

kung an die Polizeibehörde des Ortes ist ja, wie betont, nicht mehr in das Belieben des Einzelnen gestellt, sondern obligatorisch. Streng zu verlangen scheint Verf. in erster Linie notwendig die Isolierung des Kranken, wobei allerdings die Zeit von vier bis acht Wochen (Oppenheim) wohl zu hoch gegriffen ist. Vielleicht werden wir nach genauerer Erforschung der biologischen Eigenschaften des Krankheitserregers sichere Unterlagen für unser Verhalten am Krankenbette gewinnen als bisher. Im übrigen muß der Kranke bezüglich der Weiterverbreitung der Affektion ähnlich behandelt werden wie bei Scarlatina, Diphtherie, Typhus usw. Für Isolierung, Beseitigung und Desinfektion der Abfallstoffe, Desinfektion der Krankenräume nach überstandener Krankheit usw. muß gesorgt werden. Die gesunden Geschwister der Patienten müssen von der Schule zurückbehalten werden, zumal sich ja unter ihnen nicht erkrankte „Keimträger" befinden können. Wickmann hat uns ja über die Gefahren belehrt, die der Bevölkerung durch die Verbreitung von der Schule aus drohen können. Zu empfehlen ist auch, daß Besucher von den Wohnungen der Erkrankten strengstens ferngehalten werden. Inwieweit diese Maßnahmen die Verbreitung der Krankheit verhüten werden, ist schwer zu beweisen, zumal ja die Keimträger, die unter den Familienmitgliedern vorhanden sein können, nicht absolut vom freien Verkehr auszuschalten sind. Die Dinge liegen hier wohl ähnlich wie bei den Diphtheriebazillenträgern, deren Zahl zu Zeiten von Epidemien ganz erheblich größer ist, als man gemeinhin annimmt. Gegen diese unüberwindlichen Schwierigkeiten anzukämpfen, geht vorläufig noch über unsere Kraft. Grätzer.

Gettkant (Berlin-Schöneberg), Die Diphtheriebekämpfung in den Schulen. (Ebenda.) Die Arbeit kann nur in toto wiedergegeben werden. „Die Tatsache, daß in Berlin seit mehreren Jahren die Diphtheriekurve ein erhebliches Ansteigen während der Monate Oktober bis Februar zeigt, und der Umstand, daß auch in diesem Jahre die Diphtherieerkrankungen sich wieder mehren, läßt es mir angezeigt erscheinen, die Frage der Diphtheriebekämpfung in den Schulen eingehender zu behandeln. Wohnung und Schule kommen ja als Verbreitungsstätten des Diphtheriekontagiums in erster Linie in Betracht, und deshalb dürfte die Art und Weise, wie wir uns in Berlin-Schöneberg an der Bekämpfung dieser Seuche in unseren Gemeindeschulen beteiligen, allgemeines Interesse beanspruchen.

Der Plan der Diphtheriebekämpfung wurde von dem Leiter des städtischen Gesundheitswesens gelegentlich einer Sitzung der Gesundheitskommission am 16. Dezember 1911 festgelegt und erstreckte sich auf folgende Punkte:

1. Jede Klasse, in der auch nur ein Fall von Diphtherie vorkommt, soll für die Dauer von zwei Tagen zu Desinfektionszwecken geschlossen werden. Im Laufe der Zeit haben auch wir, wie auch sonst wohl überall, erfahren müssen, daß man bei der Art der Übertragung der Krankheit von Mensch auf Mensch mit dem genannten Mittel nicht zum vollen Erfolg, zur Sanierung infizierter Klassen gelangt, denn trotz wiederholten Klassenschlusses und wiederholter Desinfektion

sahen wir in vielen Fällen immer wieder neue Erkrankungen auftreten. Nur in einem Falle einer stark infizierten Klasse glauben wir durch längeren Schulschluß und Desinfektion die Seuche für mehrere Monate aus der Klasse gebannt zu haben. Wir haben deshalb jetzt diese Maßnahmen derart eingeschränkt, daß wir nur noch desinfizieren lassen, wenn in einer Klasse mehrfache Diphtherieerkrankungen vorgekommen sind, oder es sich um ausgesprochene Klassenepidemien handelt.

2. Den praktischen Ärzten wurde Diphtherieheilserum zu Behandlungszwecken auf Kosten der Stadt zur Verfügung gestellt, sobald sie die Bedürftigkeit der betreffenden Familie annahmen. Auch konnten sie bei Minderbemittelten auf Kosten der Stadt Serum zum Zwecke der prophylaktischen Spritzung verordnen. Diese Einrichtung ist jedoch, nachdem sie mehr als ein Jahr zu Recht bestanden hat, wieder aufgehoben worden aus verschiedenen Gründen. Unter anderem hat es sich nämlich gezeigt, daß nur eine verschwindend kleine Zahl von Ärzten hiervon Gebrauch gemacht hat, und ferner mußte befürchtet werden, daß das wirksamste Mittel gegen die Diphtherie, nämlich die Isolierung Erkrankter im Krankenhause, hierdurch eine Einbuße erleiden würde.

3. An die Eltern sämtlicher Schulkinder, nicht nur der Gemeindeschulen, sondern auch der höheren Lehranstalten, wurden Merkblätter folgenden Inhalts verteilt:

„Es herrscht in Groß-Berlin, auch in Schöneberg, eine sehr schwere Scharlach- und Diphtherieepidemie. Im Interesse Ihrer eigenen Kinder ersuchen wir Sie, folgende Ratschläge aufs gewissenhafteste zu befolgen:

a) Jedes Kind, welches über Halsschmerzen klagt oder sonst Zeichen einer Erkrankung zeigt, muß sofort einem Arzte vorgestellt werden.

b) Jedes Kind, welches an einer Halsentzündung leidet, muß von der Schule fern bleiben; dem Rektor — Direktor — ist sofort Meldung zu machen. Auch die Geschwister des erkrankten Kindes dürfen die Schule nicht besuchen.

c) Jedes Kind, welches an Diphtherie erkrankt ist, muß nach Möglichkeit von seiner Umgebung abgesondert werden, damit die andern Familienmitglieder nicht angesteckt werden."

4. Ausgehend von der Tatsache, daß Diphtheriebazillen bei völlig gesunden Personen nachweisbar sind, wurde der Nachdruck bei der Bekämpfung der Seuche auf eine möglichst schnelle Ausscheidung der Bazillenträger gelegt. Wir verfahren dabei nach folgenden Grundsätzen:

Da vielfache Beobachtungen gezeigt haben, daß der Diphtheriebazillus sich nicht regellos, gewissermaßen in ubiquitärer Verbreitung bei gesunden Personen vorfindet, sondern daß Bazillenträger immer nur aus der Umgebung Erkrankter stammen, so entnehmen wir bei Vorliegen nur eines Diphtheriefalles in einer Klasse Rachenschleim lediglich von den in der Umgebung des Erkrankten sitzenden Schülern. Die Praxis hat uns die Richtigkeit unserer Maßnahmen bestätigt: hatten wir nämlich Mandelabstriche bei allen Schülern einer Klasse

gemacht, so haben wir niemals Diphtheriebazillen von entfernter sitzenden Kindern züchten können. Ergänzend muß jedoch hinzugefügt werden, daß wir bei den Mandelabstrichen außer den genannten Kindern stets noch die Spielgefährten des Erkrankten berücksichtigen. Die Abstriche wiederholen wir am nächsten Tage.

Sind zwei oder mehrere Fälle in einer Klasse vorgekommen, so daß man an eine eventuelle Klassenepidemie denken muß, so entnehmen wir Rachenschleim von sämtlichen Kindern der betreffenden Klasse und vom Klassenlehrer und wiederholen den Abstrich ebenfalls am nächsten Tage. Ob wir außerdem die Klasse für zwei Tage zwecks Desinfektion schließen, entscheiden wir von Fall zu Fall. Das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung, die im städtischen Untersuchungsamt ausgeführt wird, liegt spätestens 24 Stunden nach Entnahme des Rachenschleims vor, so daß Bazillenträger nach Wiedereröffnung der Klasse in diese nicht mehr hineinkommen.

5. Unsere Maßnahmen werden um so wirkungsvoller sein, je schneller wir von einem Diphtheriefall in der Schule Kenntnis erhalten und je früher wir die Bazillenträger ermitteln können. Wie erhalten wir nun Nachricht von einer Diphtherieerkrankung? Über jede Diphtherieerkrankung füllt der behandelnde Arzt eine Meldekarte aus und schickt sie an das Polizeipräsidium. Sind die darin enthaltenen Fragen genau beantwortet, so geht die Karte an den zuständigen Kreisarzt und gelangt von diesem wieder an die Polizei zurück. Inzwischen aber hat die Polizei bereits, sofern der Erkrankte selbst ein Schulkind ist, oder in der Familie des Erkrankten sich schulpflichtige Kinder befinden, die betreffende Schule benachrichtigt. Damit die in Frage kommende Schule von der Polizeibehörde schnell ausfindig macht wird, wurde in genannter Sitzung der Gesundheitskommission der Vertreter des Polizeipräsidiums gebeten, an maßgebender Stelle dahin zu wirken, daß bei einem Neudruck der Meldekarten die Frage aufgenommen wird, welche Schule das Kind besucht. Dieser Anregung ist seiner Zeit stattgegeben worden, und die Einrichtung hat sich durchaus bewährt. Sind die Meldekarten ungenau ausgefüllt, so gehen sie vom Polizeipräsidium zunächst an das zuständige Polizeirevier zwecks Erhebung der noch erforderlichen Recherchen und gelangen dann erst an den Kreisarzt. Bestenfalls, wenn die Angaben auf der Meldekarte vom behandelnden Arzt genau gemacht waren, vergehen immer 48 Stunden, bis die Mitteilung an die Schule gelangt. Man sieht, daß bei diesem Verfahren kostbare Zeit verloren geht, und deshalb hat der Leiter des städtischen Gesundheitswesens in Berlin-Schöneberg die Neuerung getroffen, daß die Schulschwester an jedem Vormittag auf dem Polizeipräsidium die an Diphtherie erkrankten Schulkinder aus den Meldungen der praktischen Ärzte feststellt und sie sofort dem betreffenden Schularzt mitteilt. Letzteres ist allerdings nur dann möglich, wenn, wie bei uns, die Schulschwester genau darüber unterrichtet ist, welche Schule der Schularzt an jedem Vormittag besucht.

Mit der erfolgten Mitteilung von der Erkrankung an den Schularzt setzt dessen eigentliche Tätigkeit ein, nämlich die Entnahme von Rachen- bzw. Nasenschleim zum Zwecke bakteriologischer Unter-

suchung. In den Schulen sind ständig Diphtherieröhrchen vorhanden, so daß die Entnahme von Rachenschleim sofort an demselben Tage erfolgt, an dem uns die Meldung von einer Diphtherieerkrankung zugeht.

6. Die Schulleiter sind angewiesen worden, beim Auftreten von Diphtherie in einer Klasse in dieser das Herauf- und Heruntersetzen der Kinder während des Unterrichts bis auf weiteres einzustellen, um einer etwaigen Übertragung von Diphtheriekeimen auf eine größere Anzahl Kinder noch energischer vorzubeugen.

7. Die Schulzahnklinik wird für alle Kinder einer Klasse, in der auch nur ein Fall von Diphtherie vorgekommen ist, so lange gesperrt, bis der Schularzt die Wiederzulassung gestattet.

8. Über sämtliche an Diphtherie Erkrankten, deren Geschwister und ev. Flurnachbarn, sowie über die gesunden Bazillenträger wird die Schulsperre so lange verhängt, bis zwei vom Schularzt entnommene Proben von Rachen- oder Nasenschleim nacheinander ein negatives Resultat gehabt haben. Die Abstriche werden bei den einzelnen Kategorien zu folgenden Zeitpunkten gemacht: Ist der Kranke in ein Krankenhaus übergeführt, so erfolgen die Abstriche bei den Geschwistern usw., sobald die Bescheinigung über die stattgehabte Wohnungsdesinfektion vorliegt, wurde der Kranke zu Hause behandelt, dann erst nach der klinischen Genesung des Erkrankten und nach erfolgter Desinfektion. Gesunde Bazillenträger werden zwecks Entnahme von Untersuchungsmaterial in Abständen von drei zu drei Tagen nach dem Amtszimmer des Schularztes bestellt. Die im städtischen Krankenhaus behandelten Kinder bedürfen nur der Vorlage des Entlassungsscheines, da das Krankenhaus sie erst nach eingetretener Bazillenfreiheit entläßt.

Die Schulsperre haben wir auch, und hierauf sei besonders hingewiesen, auf diejenigen Kinder ausgedehnt, die beim Auftreten einer Diphtherieerkrankung in einer Klasse wegen Mandelentzündung gefehlt haben. Unter diesen Kindern haben wir schon wiederholt Bazillenträger gefunden; in drei Fällen konnten wir eine Gaumensegellähmung und Diphtheriebazillen feststellen, so daß bei ihnen wohl die Annahme einer abgelaufenen Diphtherieerkrankung nicht unberechtigt ist. Einer dieser letztgenannten Fälle gab die Veranlassung zu einer Klassenepidemie.

Die Aussperrungen haben bei Erkrankten nur in ganz vereinzelten Fällen länger als zehn Wochen nach Beginn der Erkrankung aufrecht erhalten werden müssen, während Bazillenträger stets innerhalb von drei Wochen bazillenfrei waren. Beschwerden seitens der Eltern sind denn auch in keinem Falle erfolgt.

Daß wir — abgesehen von dem erwähnten Merkblatt — gemeinverständliche Belehrungen unserer Schulkinder und deren Eltern vornehmen lassen und selbst vornehmen, soll nur nebenbei bemerkt werden. Bazillenträger werden vor ihrer Aussperrung aus der Schule auf die Möglichkeit der Übertragung der Diphtheriebazillen aufmerksam gemacht und angewiesen, ihren Verkehr auf öffentlichen Straßen und Plätzen einzuschränken. Sind die Kinder noch zu klein, um hierfür schon das richtige Verständnis zu besitzen, so geht die Schul-

schwester nach der Wohnung und belehrt die Angehörigen. Den Schulkindern ist das Betreten von Wohnungen Erkrankter, Ansteckungsfähiger und Ansteckungsverdächtiger verboten, auch werden sie beim Auftreten von Diphtheriefällen zu Mundspülungen mit desinfizierenden Lösungen angehalten. Die Schulärzte nehmen in ihren Sprechstunden jede sich bietende Gelegenheit wahr, um Eltern und Kinder über das Wesen der Krankheit und ihre Vermeidbarkeit eingehend zu belehren.

Die in Vorstehendem geschilderte Methode der von uns geübten Diphtheriebekämpfung in den Schulen ist das Resultat mehrjähriger praktischer Erfahrungen. Gewiß wird sie noch manche Lücken und Unvollkommenheiten aufweisen, immerhin beweisen aber die von uns erzielten Erfolge, daß wir uns auf dem richtigen Wege befinden, um der Seuche Herr zu werden. Bei allen unseren Arbeiten haben wir das weitgehendste Entgegenkommen der Polizeibehörde und der Schulbehörde gefunden, und ich möchte daher am Schlusse meiner Ausführungen nicht verfehlen, des harmonischen Zusammenarbeitens mit den genannten Behörden dankbar zu gedenken.

Hermann Küttner, Über die sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken der Kinder. (Aus der Königl. chirurgischen Klinik zu Breslau.) (B. kl. W. 1914 Nr. 4.) Daß solche Koliken, wie sie Moro geschildert hat (M. m. W. 1913 Nr. 51), doch mit dem Wurmfortsatz zusammenhängen, dafür hat Verf. vollgültige Beweise. Er hat Fälle beobachtet, wo die Kinder durch die Appendektomie dauernd von ihren rezidivierenden Nabelkoliken befreit wurden. Eines von den Kindern war sein eigenes.

Dieser Fall, der wohl eingehender beobachtet worden ist als die meisten anderen, zeigte in höchst charakteristischer Weise, wie die ursprünglich reinen Nabelkoliken durch das periodische Erbrechen und dieses schließlich durch die echte schwere Appendizitis abgelöst wurden. Verf. hat sich aus diesem und ähnlichen Erlebnissen die ernste Lehre gezogen, daß er bei Kindern jede sogenannte rezidivierende Nabelkolik, ebenso wie periodisches Erbrechen und unvermittelte, rasch vorübergehende Störungen der Urinentleerung, als höchst verdächtig auf eine Affektion des Wurmfortsatzes ansieht.

Grätzer.

Georg Müller (Berlin), Ein Fall von ossärem Schiefhals. (Ebenda.) Dem ossären Schiefhals, d. h. der durch Wirbelanomalien bedingten Halsskoliose mit anschließender kompensatorischer Brust- und Lendenskoliose ist in letzter Zeit erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt worden, da besonders von Boehm diese Wirbelanomalie als eine der wesentlichsten Ursachen der Skoliose überhaupt angesprochen wurde. Wenn Verf. auch dieser letzteren Auffassung sich keineswegs anschließen kann, und zwar deshalb, weil im Verhältnis zur Häufigkeit der Skoliose die genannten Wirbelanomalien viel zu vereinzelt auftreten, so ist diese Erscheinung immerhin als Krankheitsbild an sich interessant und wichtig genug, um sich mit jedem einzelnen Fall zu beschäftigen. In dem vom Verf. beobachteten Falle ist, trotz der schweren Veränderungen der Halswirbelsäule, die Brust- und Lenden-

skoliose so gering, daß letztere nur als Begleiterscheinung aufgefaßt werden kann.

Anamnestisches. Richard M., 11 Jahre alt, wurde als ältestes Kind gesunder Eltern geboren. Die Geburt erfolgte 11 Monate nach der Verheiratung. Vater war 25, Mutter 22 Jahre alt. Die Geburt erfolgte in Steißlage in wenigen Stunden. Die Schwangerschaft verlief normal, von einem Unfall oder einer Erkrankung während derselben ist nichts bekannt. Abortiert hat die Mutter weder vorher noch nachher. Nach etwa 9 Jahren wurde noch ein Mädchen geboren, das vollkommen gesund ist. Außer Masern und Diphtheritis hat Pat. keinerlei Krankheiten durchgemacht. Seit einiger Zeit leidet er an Mittelohrkatarrh mit Ohrenlaufen. Im Alter von 14 Monaten begann Patient zu laufen. Von einem Unfall ist nichts bekannt. Im Alter von 2—3 Jahren wurde beobachtet, daß Patient den Kopf schief trägt; bis vor 4—5 Jahren hat sich diese Schiefhaltung ständig verschlimmert, seitdem ist der Zustand stationär geblieben. Es wurden verschiedene Ärzte befragt, ohne daß die Eltern einen befriedigenden Bescheid über die Art der Krankheit erhalten konnten. Vor etwa einem Jahre wurde in einer chirurgischen Poliklinik die offene Durchschneidung des rechten Kopfnickers vorgenommen, die jedoch ebenso wie die sich anschließende Behandlung ohne jeden Einfluß auf die Kopfhaltung blieb.

Mußte schon diese Beobachtung den Verdacht erregen, daß es sich nicht um muskulären, sondern um ossären Schiefhals handelt, so wurde dieser Verdacht zur Gewißheit, als Verf. bei dem Versuche, die Kopfhaltung auszugleichen, auf einen starren Widerstand in der Halswirbelsäule stieß. Schließlich wurde die Diagnose durch das Röntgenbild einwandfrei bestätigt.

Klinisches Bild. Patient ist ein etwas schmächtig aussehender Knabe. Es besteht Schädelskoliose mit nach links gerichteter Konvexität. Das Gesicht ist unsymmetrisch, die rechte Gesichtshälfte in der Entwickelung zurückgeblieben, das rechte Auge schräg nach unten gerichtet, außerdem besteht geringer Strabismus und Ptosis. Der Kopf ist nach links verschoben und gedreht, so daß das Kinn fast über der linken Mamillarlinie steht. Das rechte Ohrläppchen steht tiefer als das linke, der Mund wird offen gehalten. Der rechte M. sternocleidomastoideus springt vor, quer über denselben verläuft die Operationsnarbe. Der linke Kopfnicker ist schwach entwickelt, der klavikulare Teil fehlt vollkommen. Die Schultern hängen nach vorn, die Brust ist flach. Von hinten betrachtet, zeigt sich eine deutliche, wenn auch nicht sehr starke skoliotische Ausbiegung der Brustwirbelsäule nach links. Die Schulterblätter stehen flügelartig ab, das linke steht höher als das rechte. Die Beweglichkeit des Kopfes ist stark eingeschränkt. Nach links ist eine geringe Drehung möglich, während eine solche nach rechts nur unter gleichzeitiger Neigung des Kopfes nach rechts gelingt. Die Rückwärtsbeugung ist stark gehemmt, auch nach vorn gelingt die Beugung nicht annähernd bis zur Anlegung des Kinnes an die Brust. Sehr interessant ist das Röntgenbild. Der Atlas scheint mit dem Hinterhaupt knöchern verwachsen zu sein. Einen sicheren Aufschluß hierüber gibt jedoch das Röntgenbild nicht. Epistropheus, dritter und vierter Halswirbel sind rechts seitlich miteinander verwachsen, während sie nach der anderen Seite stark divergieren. Sehr auffallend ist eine Diastase im Epistropheus, etwas rechts seitlich von der Mittellinie, ähnlich einer Spina bifida occulta, und zwei ausgesprochene Substanzdefekte im dritten und vierten Halswirbel, die in der Verlängerung der Diastase des Epistropheus liegen, und die den Eindruck erwecken, als ob ursprünglich ein Längsspalt bestanden hätte, der sich über alle drei Wirbel erstreckt habe und in den beiden unteren Wirbeln sich zu schließen beginne. Während nun zweiter, dritter und vierter Halswirbel trotz ihrer Defekte und Schiefstellung sehr kräftig entwickelt sind, sind die drei untersten Hals- und der oberste Brustwirbel hochgradig atrophisch und anscheinend untereinander verschmolzen. Außerdem sind die drei untersten Halswirbel mit drei Paar kurzen, frei endigenden Halsrippen ausgestattet, Brustwirbel und Rippenpaare sind vollzählig.

Im ganzen genommen, haben wir es hier mit einem recht interessanten Röntgenbefund zu tun. Ätiologisch ist er schwer zu deuten. Sicher scheint zu sein, daß der Muskelbefund das Sekundäre und die Knochenanomalie das Primäre des Krankheitsbildes sind, wenn-

gleich wir auch beim muskulären Schiefhals, besonders nach jahrzehntelangem Bestehen, die der Skoliose eigentümlichen anatomischen Veränderungen der Halswirbelsäule finden. Wahrscheinlich handelt es sich um intrauterine Hemmungsbildungen, wofür besonders die Halsrippen und die Spaltbildung sprechen. Daß therapeutisch eine Myotomie nicht zum Ziele führen kann, ist klar, und ist sicher nur in Verkennung der Diagnose des ossären Schiefhalses ausgeführt worden. Von einem operativen Eingriff, wie Resektion der Halsrippen, verspricht sich Verf. keinen Erfolg, wohl aber durch eine permanente, vertikale Distraktion, wie sie beispielsweise durch Anwendung eines Hessingschen Korsetts mit Kopfstütze zu bewirken wäre, da sich annehmen läßt, daß bei dem jugendlichen Individuum das Wachstum der Wirbel sich alsdann nach dem Gesetze der Transformation der Knochen in ausgleichendem Sinne vollziehen würde. Eine gewaltsame Redression verbieten die in Frage kommenden Gefahren (Hämatomyelie, Lähmungen usw.). Grätzer.

Erich Conradi, Tuberkulosenachweis im Tierversuch mit Hilfe der Pirquetschen Reaktion. (Aus der Kinderklinik der Akademie für praktische Medizin zu Köln.) (M. m. W. 1913 Nr. 29.) Noch vor wenigen Jahren bedurfte man zum Nachweis der Tuberkulose im Tier-, speziell Meerschweinchenversuch eines Zeitraumes von etwa 6 Wochen, um aus dem Obduktionsbefunde die Diagnose stellen zu können.

Dies ist aber eine lange Frist, besonders in den Fällen, wo es sich um die Indikationsstellung für einen chirurgischen Eingriff handelt. Infolgedessen wurden eine ganze Reihe von Verfahren angegeben, um die Reaktionszeit abzukürzen.

Überblickt man alle diese verschiedenen Bestrebungen, den Tuberkulosenachweis im Tierversuch abzukürzen, so ist es eigentlich verwunderlich, daß man sich nicht auch eher schon der Pirquetschen Reaktion bedient hat, die doch zur Diagnose der menschlichen und speziell kindlichen Tuberkuloseinfektion die schnellste und größte Verbreitung erfahren hat. Allerdings schreibt v. Pirquet noch vor wenigen Jahren: „Bei Tieren hat die kutane Probe zu nicht sehr befriedigenden Resultaten geführt. Bei Meerschweinchen und Kaninchen ist die Empfindlichkeit nicht hoch genug, um schöne Papeln zu erzeugen . . .“ Verf. hat nun seit reichlich einem Jahre eine Reihe von derartigen Versuchen ausgeführt und konnte dabei diese Ansicht nicht bestätigen. Erklären kann er sie sich nur aus Fehlern in der Technik oder daraus, daß frühere Untersucher vielleicht verdünntes Tuberkulin verwendet haben.

Betrachtet man nun die Resultate der kutanen Tuberkulinprobe im Tierversuch, wie sie in einer Tabelle zusammengestellt sind, so ergibt sich daraus, daß man damit bei sparsamstem Tierverbrauch und einfacher Technik imstande ist, die von Oppenheimer erzielte Reaktionszeit von 16 Tagen noch weiterhin zu verkürzen auf 13, 12, ja unter Umständen auch auf 10 Tage. Ob dabei, außer der Zahl und Virulenz der Bazillen, noch andere Momente, vielleicht verschieden hohe Anfälligkeit des betr. Tieres mitspricht, bleibe dahingestellt;

Versuch 10 und 11 machen es jedenfalls sehr wahrscheinlich, indem beide Tiere, mit demselben Material geimpft, verschiedenzeitig reagierten und auch anatomisch große Differenzen in der Intensität der Propagierung aufwiesen.

Bei weiteren Versuchen beabsichtigt Verf. übrigens, soweit es sich nicht um mit anderen Infektionserregern vermischtes Impfmaterial handelt, die intrahepatische Impfung anzuwenden, nach der es vielleicht gelingen dürfte, auch bei spärlichen oder wenig virulenten Bazillen einen positiven Ausschlag der Kutanreaktion regelmäßig am 10.—12. Tage zu erzielen.

Anhangweise möchte Verf. noch kurz die klinischen Daten zu zwei der erwähnten Fällen geben, die in verschiedener Hinsicht sehr interessant waren, und bei denen nur der Tierversuch imstande war, die Diagnose zu erhärten.

Der erste betrifft das Kind Franz R., das im Alter von 1 Jahr und einem Gewicht von 5900 g in trostlosem Zustande eingeliefert wurde. Es hatte vor $1^1/_2$ Monaten draußen Masern durchgemacht und soll darnach sehr zurückgegangen sein, gehustet hatte es schon mehrere Monate vorher sehr stark. Das sehr große und offenbar auch früher sehr kräftige Kind war enorm abgemagert, von aschgrauer Farbe, mit allgemeiner Drüsenschwellung, mehreren Hautabszessen und üblen, schleimigen Stühlen. Dabei stark positiver Chvostek. Mäßiges Fieber, bis 38,4°, das nach einigen Tagen abfällt, aber von Zeit zu Zeit wieder zu ein- oder mehrtägigen Zacken (bis zu 39,5°) ansteigt. Pirquet sowie subkutane Tuberkulininjektion in der fieberfreien Zeit negativ. Auf den Lungen nur grobe bronchitische Geräusche, mitunter in den abhängigen Partien leicht tympanitische Dämpfung. Bei Milchwassermischungen und Magermilch weitere Abnahme auf 5350 g, wobei das Kind fast moribund aussieht. Unter Eiweißmilch sehr rasche Besserung der Stühle und Gewichtszunahme auf 5700 g; von nun an bleibt das Kind aber trotz rasch gesteigerten Kohlehydrates 14 Tage auf diesem Gewicht stehen, sieht noch sehr schlecht aus und stürzt dann plötzlich an 2 Tagen katastrophenartig auf 5080 g herunter. Dabei wieder stärkere bronchitische Erscheinungen, überall sehr scharfes Atmen und quälender, klingender Reizhusten. So lag die Vermutung, daß es sich trotz negativer Impfresultate, bei dem so heruntergekommenen Kinde doch um Tuberkulose handeln könnte, sehr nahe, zumal das Röntgenbild außer einer feinfleckigen, wolkigen Trübung der Lungenfelder eine unregelmäßige, knollige Verbreiterung des Mittelschattens aufwies. Es wurde nun zu der in pädiatrischen Kreisen längst verbreiteten Methode gegriffen und dem Kind nüchtern der Magen ausgehebert. Darin fand sich nun eine Menge geballten Sputums mit viel Lymphozyten und außer verschiedenen Bakterien auch säurefeste Stäbchen in großer Anzahl, teils auch granulierte Formen, im Durchschnitt aber etwas breit für Tuberkelbazillen.

Dieser Befund wurde mehrmals erhoben. Der mit diesem Sputum angestellte Tierversuch war negativ geblieben. Daß es sich nicht um Tuberkulose gehandelt hatte, beweist auch der weitere Verlauf des Falles, indem sich das Kind seitdem langsam, dann rascher erholte, Tuberkulinproben stets negativ waren, und es nach 2 Monaten mit 7350 g entlassen wurde. Verf. vermutet, daß es sich dabei um säurefeste Stäbchen, vielleicht der zur Herstellung der Eiweißmilch verwendeten Buttermilch entstammend, gehandelt hat, da ja auch die morphologischen Charakteristika den von Petri und Rabinowitsch beschriebenen Milchbazillen entsprachen.

Der zweite Fall betrifft das 7 jährige Kind Frieda R., das aus sehr belasteter Familie stammte. Außer Appetitlosigkeit, Schwäche, Kurzatmigkeit wurde noch häufiger Drang zum Wasserlassen angegeben. Das Kind war in ziemlich gutem Ernährungszustand, aber sehr blaß (Hgl 57% Autenrieth), auf der linken Spitze

ein nicht ganz eindeutiger Befund und im Urin beständig neben deutlichen Eiweißspuren Blut, mitunter auch spärliche Zylinder. Röntgenaufnahme von Blase und Nierengegend mehrfach negativ. Dabei ziemliche Mattigkeit, stets subfebrile Temperaturen und positiver Pirquet. Die im Jahre 1912 angestellten Tierversuche mit katheterisiertem Urin waren negativ. Dann wurde das Kind auf Wunsch nach Hause entlassen, aber im Januar 1913 wiedergebracht. Nun ließ sich der schon damals gehegte Verdacht einer Urogenitaltuberkulose durch die beiden Versuche Nr. 8 und 9 einwandfrei bestätigen.

Es handelt sich also wohl um nur äußerst geringe, vielleicht intermittierende Ausscheidung von Kochschen Bazillen.

Grätzer.

Walter Beyer, Über die intravenöse Anwendung des Diphtherie-Heilserums. (Aus der Medizinischen Universitätsklinik Rostock.) M. m. W. 1913 Nr. 34.) Verf. hat aus der größeren Zahl der während der letzten Epidemie an der Rostocker medizinischen Klinik behandelten eine Anzahl einander entsprechender, teils intravenöser, teils subkutaner Fälle herausgegriffen und miteinander verglichen.

Verf. hat nun in einer Tabelle die verschieden behandelten Fälle einander gegenübergestellt. Maßgebend war für die „Entfieberung" der Tag, an welchem zum ersten Male die Temperatur normal und zwar definitiv normal war.

Es ergibt sich aus der Tabelle, daß bei den am zweiten Krankheitstage Gespritzten die Entfieberung durchschnittlich eher eintrat bei der intravenösen Behandlung. Am ersten Tag nach derselben waren so 5 Fälle bereits entfiebert, während es von den subkutanen noch kein einziger war. An den beiden ersten Tagen zusammengenommen waren bereits 11 intravenöse und nur 5 subkutane Fälle entfiebert. Mit weiter fortschreitenden Tagen kehrt sich dann das Verhältnis um: Auf den 3. Tag entfallen nur 3 intravenöse, dagegen 6 subkutane Fälle, vom 4. Tag an sind alle intravenösen entfiebert, die subkutanen noch nicht ganz. Wollen die Einzelheiten auch vielleicht nicht viel besagen, das Gesamtbild spricht jedoch deutlich in dem Sinne, daß wir die Entfieberung etwas eher zu erwarten haben, wenn wir das Serum intravenös geben. Im selben Sinne spricht auch die Tabelle der im 3. Krankheitstag behandelten 22 Fälle, während aus den am 4. Tag injizierten nicht viel zu schließen ist. Es mag sein, daß mit fortschreitender Krankheitsperiode der Einfluß der spezifischen Behandlung auf das Fieber überhaupt nicht mehr so deutlich zu erkennen ist.

In einer anderen Tabelle hat Verf. 28 intravenösen 28 subkutane Fälle gegenübergestellt. In der Mehrzahl erfolgte die Abstoßung der Membranen und der Schwund der vielfach darnach zurückbleibenden Ulzerationen innerhalb der ersten 4 Tage nach der Behandlung. In den ersten beiden Tagen war der Rachen in fünf der intravenös und nur in zwei der subkutan behandelten Fälle gereinigt. Nimmt man die ersten 3 Tage zusammen, so sind die entsprechenden Ziffern 13 und 7, während am 4. Tag das Verhältnis sich umkehrt. Also auch hier anscheinend ein etwas günstigeres Ergebnis bei der intravenösen Behandlung. Es soll jedoch nicht verschwiegen werden, daß wiederholt Fälle zur Beobachtung kamen, in denen trotz intravenöser Injektion tags darauf die Schwellung im Rachen deutlich zugenommen

und die Beläge sich flächenhaft nach dem weichen Gaumen zu weiter ausgebreitet hatten. Dabei sank jedoch die Temperatur in einigen Fällen zugleich ab. Im großen und ganzen gewann Verf. den Eindruck, daß sich hinsichtlich des Einflusses auf die Rachenaffektion die beiden Methoden nicht sehr deutlich voneinander unterscheiden.

Grätzer.

E. Voelckel, Über das Nachweisverfahren der Diphtheriebazillen nach v. Drigalski und Bierast. (Aus der Kgl. Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden.) (Ebenda.) Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt Verf. zum Schlusse, daß das Züchtungsverfahren nach v. Drigalski und Bierast die bakteriologische Diphtheriediagnose weder erleichtert noch verschärft.

Grätzer.

Erwin Kobrak (Berlin), Durch den Diphtheriebazillus hervorgerufene blennorrhoische Prozesse, speziell in der kindlichen Vagina. (M. Kl. 1914 Nr. 10.) Die Nasenschleimhaut, speziell der Säuglinge, läßt bei Diphtherieinfektion neben den Belägen einen stark eitrigen blennorrhoischen Schnupfen erkennen, der die Haut des Nasenausgangs mazeriert und geschwürig erkranken läßt. Ebenso sondert die Konjunktiva des Auges außer den diphtherischen Membranen bei dieser Infektion stark eiterndes Sekret ab.

Weniger bekannt ist es schon, daß die Eiterung in der Nase oder im Nasenrachenraum oft nur das einzige Symptom der Nasendiphtherie ist, und doch sind diese Fälle praktisch sehr wichtig, weil sie, unter dem Bild einer oft schweren Influenza verlaufend, rasch besser werden, wenn man auf Grund der bakteriologischen Diagnose mit Heilserum behandelt.

Gelegentlich kann ein solcher Prozeß bis ins Mittelohr durch die Tube vordringen oder auf metastatischem Wege dorthin gelangen. So hat Franz Kobrak auf das Vorkommen von Diphtherie im Mittelohr unter dem Bilde der Mittelohreiterung mehrfach hingewiesen und einen tödlich verlaufenen Fall beschrieben, bei dem die ganze Paukenhöhle mit Eiter erfüllt war, eine minimale Membran sich aber erst bei der Sektion im Warzenfortsatze fand. Die bakteriologische Züchtung hatte schon vorher Diphtheriebazillen ergeben.

Auch bei schwerster Kehlkopfdiphtherie kann die Häutchenbildung ausbleiben, und es kann statt dessen zu einer schweren blennorrhoischen Eiterung bis in die tiefsten Luftwege hinein kommen. Mit Membranbildung zusammen ist diese übrigens meist typisch diphtheritisch riechende Eitersekretion aus Nasenrachenraum und Luftröhren ganz bekannt. Selten ist zweifellos ein Fall wie der vom Verf. beobachtete, in dem kein Belag klinisch (auch beim Luftröhrenschnitte nicht) nachweisbar war und nur eitriges Sekret in Massen aus den Schleimhäuten der Luftwege hervorquoll.

Heinz B., drei Jahre alt, erkrankte am 22. November 1912 mit einem einfachen, mäßig fieberhaften Luftröhrenkatarrh, im Halse keine nennenswerte Rötung, kein Belag.

Am 25. November 1913 kruppähnlicher Husten, der sich schon sehr häufig früher gelegentlich von Luftröhrenkatarrhen bei dem exsudativ diathetischen Kinde gezeigt hatte. Kein Belag im Halse, keine Dyspnoe, kein stärkerer Schnupfen.

Am 26. November leicht dyspnoische Atmung. Abstrich auf Diphtherie aus dem ganz normal aussehenden Rachen gemacht. 3000 Immunitätseinheiten injiziert. Institut für Infektionskrankheiten berichtet 27. November: Diphtherie positiv. Am Morgen des 27. November plötzlich einsetzende, sehr heftige Dyspnoe, sehr reichliche eitrige Absonderung aus der Tiefe, keine Membran. Mittags Luftröhrenschnitt (Dr. M. Blumberg). Es kommt zu massenhafter Entleerung von übelriechendem Eiter aus den Luftwegen, keine Membranen werden sichtbar. Nachts kommt das Kind infolge der massenhaften Sekretion zum Exitus.

Am gleichen Tage erkrankte der Vater, zwei Tage danach die Tante an typischer Diphtherie mit Membranbildung im Rachen. Beide wurden mit Serumbehandlung gesund.

Diese Beobachtungen an den Schleimhäuten der Atemwege und des Auges legten Verf. den Gedanken nahe, auch bei den Gonorrhöen der kleinen Mädchen, dann, wenn Gonokokken im Sekret nicht auffindbar waren, nach dem Diphtheriebazillus als Erreger zu fahnden. Solche Diphtherien der Genitalien sind nicht mit der bekannten schweren, mit Membranbildung und Ulzeration einhergehenden diphtherischen Affektion der weiblichen Genitalien zu verwechseln. In den neuen Lehrbüchern von Heubner und andern werden ebenso wie in der Journalliteratur diese Fälle als gleichzeitig mit schwerer Rachendiphtherie einhergehende Erkrankungen mit schlechter Prognose beschrieben. Auch schwere puerperale Infektionen, bei denen Diphtheriebazillen im Sekret sich fanden, sind zahlreich beschrieben und gehören nicht hierher.

Verf.s Fälle sind fieberlose, das Allgemeinbefinden nicht beeinträchtigende typische Blennorrhöen, die jedem als Gonorrhöen imponieren mußten, der nicht bakteriologisch untersuchte. Es sind Kinder, die selbst keine Diphtherie im Hals oder in der Nase gehabt haben, die sich also von außen her infiziert haben müssen.

Käte P., 9 Jahre alt, Tochter eines Kinematographenbesitzers, wird Verf. am 4. April 1913 wegen schmerzhaften Scheidenausflusses zugeführt, der seit etwa drei Tagen ständig zunehme. Harnbeschwerden werden nicht geklagt, das Gehen ist infolge der Schmerzen behindert. Das Allgemeinbefinden ist nicht gestört. Untersuchung ergibt normale Temperatur und nur geringe Steigerung (Aufregung) der Pulsfrequenz. Das Orificium urethrae ist nicht besonders gerötet. Hingegen ist das Hymen und der bei weitem Beinspreizen der Besichtigung zugängige Teil der Scheide geschwollen und blaurot verfärbt, aus der Scheide entleert sich ein gelbes, durchaus dem Sekret der Gonorrhoe ähnliches Sekret. Keine Membranen, keine Geschwüre. Zur mikroskopischen Untersuchung wird der oberflächliche Eiter zunächst mit sterilem Verbandmull abgetupft, dann wird mit der Platinöse unter schabender Bewegung der aus der Schleimhaut ausgepreßte spärliche Eiter entnommen und untersucht. (Dieses Verfahren erleichtert immer sehr die Gonokokkenauffindung, da nicht so viele verunreinigende Bakterien in das Präparat gelangen wie bei der gewöhnlichen Abnahme eines Eitertropfens.) Die Untersuchung ergab reichlich Eiterkörperchen und nur spärliche Keime, und zwar vereinzelte Stäbchen und Kokken, keine Gonokokken. Da die blaurote Färbung von Hymen und Scheidenschleimhaut an das Aussehen des Gaumens der Diphtheriekinder erinnerte, schickte Verf. einen mittels des üblichen Entnahmeapparats vorschriftsmäßig hergestellten Abstrich an das Königliche Institut für Infektionskrankheiten. Diagnose nach der Keimzüchtung von dort: „Diphtherie positiv." Kind erhält 2000 I.-E. Immunserum unter die Bauchhaut, danach innerhalb drei Tagen fast völliges Versiegen der Eiterung, nach zehn Tagen völlig normale Verhältnisse. Lokal wurden nur Kamillensitzbäder verordnet.

Fall 2. Hertha Sch., 9 Jahre alt, Schülerin einer höheren Mädchenschule, wird wegen Schmerzen in der Scheide beim Wasserlassen zugeführt. Am 26. November 1913 findet Verf. an einer Stelle des Hymens eine erbsengroße, blaurot verfärbte, etwas geschwollene Stelle, die wie ein Bluterguß aussieht. Gleichzeitig

ist die Harnröhrenöffnung geringgradig gerötet. Da keine Spur Ausfluß oder Exsudation bestand, hielt Verf., obwohl kein Einriß am Hymen vorhanden, den Befund für ein Zeichen einer stattgehabten Verletzung. Wenige Tage darauf, am 1. Dezember 1913. kommt das Kind mit reichlichem Ausflusse wieder. Hymen und Introitus jetzt in toto verdickt und blaurot, desgleichen der sichtbare Scheidenteil. Massenhaft serös-eitriger Ausfluß. Keine Beläge. Im mikroskopischen Präparat spärliche dünne Stäbchen; keine Gonokokken. Das Hygienische Institut der Berliner Universität findet in dem eingesandten Originalpräparat bereits Diphtheriebazillen, bei der Züchtung massenhafte. Das Kind bleibt dauernd fieberfrei und gar nicht im Allgemeinbefinden gestört. Am 4. Dezember 1913 Einspritzung von 2000 I.-E. Danach nur geringe Besserung der Schwellung und Eiterung in den nächsten drei Tagen, aber völliges Schwinden der vorher quälenden Beschwerden beim Harnlassen. Am 9. Dezember Verordnung von Sublimatspülungen. Unter dieser Behandlung in zehn Tagen Heilung.

Der Umstand, daß das kleine Material eines einzelnen Arztes im Lauf eines halben Jahres zwei Fälle von Scheidenblennorrhoe lieferte, und der rasche Erfolg einer spezifischen Behandlung lassen es unerläßlich erscheinen, in allen Fällen, in denen ein Gonokokkennachweis bei kindlicher Scheidenblennorrhoe nicht gelingt, stets Material zur Züchtung zu entnehmen. Das ist aus therapeutischen Gründen nötig, weil bei Erkennen der Erkrankung eine Heilung in wenigen Tagen möglich ist, und aus hygienischen Gründen, weil diese Pseudogonorrhöen bei ungenügender Sorgfalt Diphtherieinfektionen des Halses bei Personen in der Umgebung zur Folge haben können.

Aus Verf.s Material ergibt sich übrigens, daß das Reagieren mit Eiterung auf den Diphtherieinfekt nicht von dem betreffenden krankheitserregenden Diphtheriestamm abhängig sein kann. Der Vater und die Tante des an Kehlkopf- und Luftröhrendiphtherie gestorbenen Kindes B., das nur Eiter und keine Membranen auf den Diphtherieinfekt produzierte, erkrankten beide, von dem Kind angesteckt, mit typischer Membrandiphtherie. Man muß also für diese eigenartige Reaktion auf die Diphtheriebazillusinfektion eine besondere Disposition des Patienten zur Erklärung heranziehen, wenn man nicht Mischinfektionen als Ursache annimmt. Grätzer.

Michael Szabó, Anwendung der jodhaltigen Antiseptika bei Ekzemen kleiner Kinder. (Aus der Abteilung für interne Krankheiten des Budapester k. ung. Staats-Kinderasyls.) (Derm. Wschr. 1914 Nr. 9.) In neuerer Zeit hat Verf. mit Vioform bei allen Gattungen von Hautkrankheiten der Kinder, von der Intertrigo bis zum hartnäckigsten Ekzema, sehr erfolgreiche Versuche angestellt.

1. Bei Ekzemen kleiner Kinder in Form einer 10%igen Salbe: Rp. Vioform. 5,00, Vaselin. 45,00. M. F. ung. D. S. S. n. Die kranke Stelle täglich dreimal bestreichen.

2. Bei Wundsein der Säuglinge entweder als Streupulver: Rp. Vioform-Streudose „Ciba", Scat. orig., oder als 5%ige Vaseline Vioformii: Rp. Vioform. 2,5, Vaselin. 47,5. M f. ung. D. S. S. n. Die kranke Stelle täglich drei- bis viermal dick bestreichen.

Auf Grund der reichen Erfahrungen kann Verf. ruhig behaupten, daß er bei Anwendung von Vioform selbst bei Säuglingen nie Intoxikation oder eine noch so geringe Entzündung der Haut beobachtet hat. Was schließlich die desinfizierenden und trocknenden Eigenschaften desselben anbelangt, so übertrifft es in seiner Wirkung bei

weitem sowohl die obligate Borsalbe, als auch die übrigen jodfreien Medikamente (Xeroform, Dermatol, Noviform). Grätzer.

Erich Aschenheim, Quarkfettmilch — ein weiterer Ersatz der Eiweißmilch. (Aus dem städt. Säuglingsheim zu Dresden.) (Ther. Mh. 1914 Nr. 6.) Die Herstellung der Quarkfettmilch ist einfach, ihr Preis niedrig (pro Liter 22—24 Pf.).

„Wir haben zwei Sorten Quarkfettmilch hergestellt, von der Nr. I $^1/_3$ Milch, Nr. II $^1/_2$ Milch enthält. Nr. II ist der eigentliche Ersatz der Eiweißmilch, doch ist es hin und wieder erwünscht, schwächere Konzentrationen zu verabreichen. Quarkfettmilch I enthält also $^1/_3$ Milch mit 10 Proz. süßem Quark und $7^1/_2$ Proz. Sahne. (Diese enthält in Dresden 10 Proz. Fett, hierauf ist an anderen Orten mit fettreicherer Sahne Rücksicht zu nehmen.)

Quarkfettmilch II enthält $^1/_2$ Milch mit 10 Proz. süßem Quark und 10 Proz. Sahne.

Der Kaloriengehalt von Quarkfettmilch I beträgt 348 Kalorien, der von Quarkfettmilch II 437 Kalorien im Liter. Zucker- und Mehlzusatz erfolgt nach Verordnung. Wir beginnen durchschnittlich mit 2 Proz. Nährzucker und 1 Proz. Mondamin und steigen auf 4 Proz. Nährzucker und 2—3 Proz. Mondamin.

Technisch ist bei der Fertigstellung der Milch der Schwierigkeit Rechnung zu tragen, daß der Quark beim Kochen sich in eine gummiartige, nicht verteilbare Masse verwandelt. Man muß daher entweder Milch und Sahne vor dem Zusatz des Quarkes aufkochen und diesen roh zusetzen, was sich in der Hauspraxis vielleicht empfehlen würde, oder man muß, wie wir es tun, den Quark zur rohen Sahne und Milch zusetzen und die fertige Mischung 10 Minuten auf 80° im Wasserbad erwärmen (pasteurisieren).

Die Vorschriften für die Herstellung sind im einzelnen folgende:

1. Quark und Sahne werden gut verrührt und mit einem Teil der gewünschten Milchmenge gemischt.

Um eine feine Verteilung des Quarkes in der Milch zu erzielen, ist es wichtig, daß die Milch und die Sahne, in denen derselbe verrührt wird, völlig kalt sind. Ist eine feine Verteilung erst einmal erfolgt, so bilden sich auch beim späteren Erwärmen (Pasteurisieren) keine gröberen Gerinnsel mehr.

2. Diese Mischung wird durch ein Haarsieb getrieben und mit dem Rest der gewünschten Milchmenge nachgespült.

3. Die Mehlabkochung und (bei Nährzucker) die Zuckerlösung werden möglichst konzentriert hergestellt und in abgekühltem Zustand der Milch-Quark-Sahnemischung zugesetzt.

4. Die an 1 Liter fehlende Flüssigkeitsmenge wird durch lauwarmes Wasser ergänzt.

5. Alles noch einmal durch das Sieb.

6. Eventuell Pasteurisierung.

Beispiel für 1 l Quarkmilch I:
330 g Vollmilch,
100 g Quark,
75 g Sahne,
etwa 495 g Wasser (mit Mehl und Zucker).

Beispiel für 1 l Quarkmilch II:
500 g Vollmilch,
100 g Quark,
100 g Sahne,
etwa 300 g Wasser (mit Mehl und Zucker).

Die fertige Quarkfettmilch säuert manchmal etwas nach. Es ist daher ratsam, sie nicht länger als 24—36 Stunden nach der Fertigstellung zu verwenden.

Unsere Erfahrung hat uns gezeigt, daß die Herstellung der Quarkfettmilch auch im kleinen Haushalt gut durchzuführen ist. Nur muß man selbstverständlich, wie bei jeder Milchmischung, auf ein ganz genaues Einhalten der Mengenverhältnisse verzichten. Ein Eßlöffel Quark entspricht annähernd 20 g."

„Unsere Erfolge entsprechen im großen und ganzen auch durchaus denen, die mit der Original-Eiweißmilch zu erreichen sind. Die Quarkfettmilch (mit dem entsprechenden Zusatz an Kohlehydraten) ist eine gute Heilnahrung und gute Dauernahrung. Sie hat sich uns wiederholt auch als Anfangsnahrung vom ersten Lebenstage an bewährt." Grätzer.

A. Saenger, Über Myelodysplasie und Enuresis nocturna. (D. Ztschr. f. Nervenheilk. 1913 Nr. 47 u. 48.) (Strümpell-Festschr.) Bei Enuresis nocturna bringt roborierende, elektrische oder medikamentöse Behandlung oft Erfolg; häufig empfiehlt sich Versetzung in ein neues, ungewohntes Milieu. Nun hatte Fuchs (Wien) als Ursache der Enuresis nocturna eine anatomische Anomalie, nämlich eine rudimentäre Anlage einer Spina bifida, gefunden. Seitdem untersuchte Verf. jeden ihm vorkommenden Fall von Enuresis nocturna röntgenologisch. Nur in einem Falle (18 jähr. Mädchen) fand er eine richtige Myelodysplasie; die Spaltbildung in den Kreuzbeinwirbeln war, wie das Röntgenbild zeigt, eine sehr beträchtliche. Der rechte Achillesreflex fehlte, um den Anus herum über handgroße Zone von Hypästhesie und Hypalgesie. An der rechten und linken Glutäalgegend je eine Narbe. In den meisten Fällen von Enuresis nocturna bei Kindern vermißt man aber die Spina bifida occulta, Reflex- und Sensibilitätsanomalien. Diese Fälle haben wohl eine nur rein funktionell nervöse Grundlage. Kurt Mendel.

Spira (Krakau), Über Heredität bei Ohrenkrankheiten. (Mschr. f. Ohrenhlk. 1914 H. 3.) Verf. macht nicht diejenigen Ohrerkrankungen zum Gegenstand seiner Erörterungen, die, wie nervöse Schwerhörigkeit, Otosklerose und Taubstummheit, sicher einem hereditären Einfluß ihre Entstehung verdanken, sondern er meint, daß das gehäufte Vorkommen von Ohrenkrankheiten im allgemeinen in gewissen Familien in den meisten Fällen auf eine erbliche Veranlagung zurückzuführen ist. Es kann sich dabei um eine Neigung zu derselben Krankheit in demselben Organteil — mittleres oder inneres Ohr — handeln, aber auffallend häufig kommt es auch vor, daß bei Kindern Erkrankungen des Ohres auftreten, deren Eltern an ganz anderen Erkrankungen dieses Organs gelitten haben. Es ist also nicht die Krankheit, sondern das erkrankte Organ, welches verschiedenen Mitgliedern gewisser Familien gemeinsam ist. Als Ursache kann nach

dem Verf. nur eine ererbte lokale verminderte, organisch oder funktionelle Widerstandsfähigkeit in Betracht kommen, diese Kinder bringen von Geburt an in ihrem Gehörorgan einen „locus minoris resistentiae“ mit. Über das Gehörorgan solcher Kinder ist mit doppelter Vorsicht zu wachen. A. Sonntag (Berlin).

Alwens u. **Husler**, Röntgenuntersuchungen des kindlichen Magens. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 19. H. 3.) Nach den Arbeiten von Flesch und Péteri, die sich allerdings zur Hauptsache auf Durchleuchtung stützten, schien sich für den Säuglingsmagen zu ergeben, daß er mit flüssiger Nahrung gefüllt, die Form eines Dudelsacks habe, sich durch große Luftblase auszeichne und horizontal gelagert sei. Die große Kurvatur bilde den unteren Rand, während der Austreibung rücke sie höher, die Luftblase werde kleiner, nach $2^1/_2$ Stunden sei der Magen leer. Eine Peristaltik sei nicht zu sehen, die peristolische Funktion (Fähigkeit, den Inhalt fest zu umschließen) fehle. Bei breiiger Kost ändere sich das Bild, die Luftblase sei kleiner, die Stellung des Magens senkrecht, absteigender und horizontaler Teil lassen sich trennen (Stiefel- oder Sandalenform). Peristaltik und peristolische Funktion seien vorhanden. Beim Kinde jenseits des ersten Lebensjahres finde sich der letztere Typus (der sich ziemlich mit dem Holzknecht-Typ deckt), nur einmal fanden Flesch und Péteri einen Riedertypus mit ausgesprochener Hubhöhe. Verff. kommen nun auf Grund ihrer Serienaufnahmen zu anders lautenden Resultaten:

Der mit Flüssigkeit gefüllte Magen liegt bei vertikaler Haltung horizontal ziemlich weit nach rechts (Dudelsackform), bei stärkerer Blähung bildet den unteren Rand die Hinterwand des Magens, der Pylorus liegt etwas höher als der kaudale Pol (Riedertyp). Weniger häufig findet man Retortenform und Linkslagerung. Die letztere läßt sich aber manchmal durch wechselnden Füllungszustand in die erstere überführen. Nur vereinzelt findet sich bei flüssiger Nahrung und schmalem Abdomen Holzknechttyp mit dem Pylorus als tiefstem Punkt, während bei breiiger Nahrung dieser Typ der häufigste ist und nur bei großer Luftblase der Riedertyp den gewöhnlichen Zustand darstellt. Beim Lagenwechsel (Übergang von vertikaler zu horizontaler Lage) zeigt sich Formänderung, es entsteht durch Projektionsverkürzung infolge Achsendrehung eine birnenähnliche Form ohne Hubhöhe.

Der normale Säuglingsmagen zeigt sowohl bei flüssiger wie bei breiiger Kost normale und reflektorische Kontraktionskraft (Elastizität und peristolische Funktion). Die Größe der Luftblase bei flüssiger Nahrung rührt nur daher, daß der Säugling beim Schlucken der flüssigen Nahrung mehr Luft mitschluckt, beim Ausstoßen der Luftblase durch Ruktus schnellt der Magen blitzartig unter das linke Zwerchfell zurück.

Eigenbewegungen des Magens lassen sich nach flüssiger und breiiger Kost nachweisen, und zwar 1. am Centrum pylori als Auspressungs- und als Mischbewegung und 2. als Peristaltik am Corpus ventriculi, und zwar an der großen Kurvatur. An der kleinen Kurvatur

ist die Peristaltik selten zu beobachten, obwohl sie dort sicher nicht fehlt, sondern manchmal als kleinschlägige Bewegung zu beobachten ist, nur wird sie meist infolge der Lage der kleinen Kurvatur verdeckt.

Was die Ösophaguspassage, die Entfaltung und Füllung des Magens anlangt, so ist folgendes zu bemerken.

Der Durchtritt der Speisen durch den Ösophagus läßt sich deutlich verfolgen, über der Kardia kann die Speiseröhre spindelförmig erweitert sein (Vormagen). Im Magen fließt die Speise an der kleinen Kurvatur entlang. Schon Waldeyer machte auf die longitudinale Anordnung der Schleimhautfalten dort aufmerksam, die er als Magenstraße bezeichnete.

Die Entfaltung des Magens geht anders vor sich als beim Erwachsenen, da durch den Inhalt von Schleim und Luft der Magen meist schon etwas entfaltet ist, so daß die Speisen wie in einen Sack hineinfallen.

Ist der Magen aber leer, so sind drei Möglichkeiten zu unterscheiden: a) beim Trinken von flüssiger Nahrung in vertikaler Haltung wird meist viel Luft mitverschluckt, und zwar beim hastigen Trinken mehr als beim langsamen. Es füllt sich dann zuerst der Teil des Magens im linken Hypochondrium, dann nimmt man das Antrum pylori als zapfenförmiges Gebilde wahr. Die bedeutende Erweiterung des Fundes steht im Gegensatz zur engen Kontraktion des Antrum pylori. Es scheint nach Kreuzfuchs auch sonst ein Gegensatz zwischen Antrum und Corpus ventriculi zu herrschen: „Hypertonie des Pylorus löst eine Hypotonie des Korpus aus und umgekehrt.“ Nicht zu vergessen ist dabei Funktion und Füllung des Duodenum und Dünndarm und ihr Einfluß auf den Magenautomatismus.

Bei Zunahme der Füllung rückt der Magen nach unten, der Pylorus nach rechts. Bei sehr großer Magenblase erweitert sich auch das Antrum pylori, doch ist dieser Zustand anscheinend nur vorübergehend.

Beim Trinken flüssiger Nahrung in horizontaler Lage sammelt sich die Speise im dorsalwärts ausgebuchteten Fundus, die Luftblase erscheint nach und nach oben aufschwimmend an der vorderen Magenwand, eine Hubhöhe ist nicht vorhanden.

Bei breiiger Kost in vertikaler Haltung kommt wenig Luft in den Magen, der Fundus erweitert sich deshalb nicht sehr stark, der Gegensatz zum Pylorus besteht aber auch. Wird viel Luft verschluckt, gleicht der Zustand wie unter a) beschrieben.

Bei der Entleerung zieht sich der Magen nach möglichst schneller Entleerung der Luft wieder nach links unter das Zwerchfell zurück. Die Zeit beträgt 3—5 Stunden.

Der Magen des normalen Kindes jenseits des ersten Lebensjahres zeigt eine andere Form und Lage, bedingt durch die veränderte Körperhaltung, die Füllung der Därme und Konfiguration des Abdomens, zumal die starken Luftblasen des Säuglings sich nicht finden. Es wird jenseits des ersten Lebensjahres die vertikale Stellung des Magens zur Regel. Das Hochtreten des Magens unter das linke Zwerchfell

am Schlusse der Entleerung findet sich nicht mehr. Der Pylorus kommt an die tiefste Stelle.

Was leistet nun das Röntgenverfahren für die Erkennung der pathologischen Veränderungen des Säuglingsmagens?

Man fand an den Mägen auch schwer kranker Säuglinge keine beträchtlichen Motilitätsstörungen, auch bei angeborener Pylorusstenose zeigte sich keine Verzögerung der Austreibungszeit und ihrer Folgen, da der Magen sich durch Erbrechen seines Inhaltes entledigt, doch konnte man dabei sehr gut das Symptom der Antiperistaltik wahrnehmen. Auch Pylorusinsuffizienz war zu erkennen. Eigenbewegungen des Magens sind auch beim kranken Kind deutlich wahrnehmbar; ob ein Unterschied im Tempo und der Tiefe der Peristaltik festzustellen ist, läßt sich noch nicht sagen.

Auch Tonus besteht beim kranken Säugling in genügender Art, jedenfalls kann der Magen auch hier mit Leichtigkeit die Luft ausstoßen und sich schnell wieder zusammenziehen; ob öftere akute Überdehnung zum Aufbrauch der elastischen Kräfte führt, ist noch nicht zu sagen.

Die Größe der Magenblase ist beträchtlichen individuellen Schwankungen unterworfen, sehr große Luftmengen finden sich bei Säuglingen mit habituellem Erbrechen. Bei jedem Ausstoßen von Luft entleert sich ein wenig Flüssigkeit mit. Im Hungerzustande tritt die Luftblase wieder auf; da sie nach anderen Untersuchungen aus atmosphärischer Luft besteht, ist sie wohl mit Speichel geschluckt.

K. Boas.

E. Schlesinger, Über die Farbe des Harns und die Urobilinurie bei Scharlach. (Aus der Infektionsabteilung des städt. Rudolf-Virchow-Krankenhauses.) (Inaug.-Dissert. Berlin 1913.) Das Urobilin ist im frischen Scharlachharn häufiger nachzuweisen als sein Chromogen; nämlich Urobilin in 80, Orobilinogen in 58%.

Eine gegen die Norm vermehrte Bilirubinausscheidung konnte im allgemeinen nicht gefunden werden; nur schwach positive Bilirubinreaktion in zwei Fällen.

Die Paradimethylamidobenzaldehydprobe ist — falls sie einen differentialdiagnostischen Wert haben soll — nur dann als positiv anzusehen, wenn schon bei Zimmertemperatur Rotfärbung eintritt.

Der positive Ausfall der Urobilin- sowie der Urobilinogenprobe weist bei der Differentialdiagnose zwischen Scharlach und Serumexanthem mit großer Wahrscheinlichkeit auf Scharlach hin, während einem negativen Ausfall keinerlei Bedeutung zukommt.

In der zweiten Krankheitsperiode des Scharlachs tritt oft, etwa in 74%, eine Dunkelfärbung des Harns auf, welche in vielen Fällen nicht als eine febrile zu betrachten ist, sondern die Bezeichnung eines selbständigen Krankheitssymptoms beanspruchen kann. In etwa 20% dieser Fälle besteht eine leichte, bald vorübergehende Urobilinurie, während Bilirubin und Urobilinogen sich nur höchst selten finden.

Das Verhalten des initialen Scharlachharns und des Urins zur Zeit der zweiten Krankheitsperiode zeigt mancherlei Ähnlichkeiten, so daß man an einen in beiden Fällen ähnlichen pathologisch-anato-

mischen Prozeß denken muß. Der Zusammenhang zwischen Harnhochstellung und Urobilinurie, der sich während der initialen Erscheinungen fast stets deutlich erkennen läßt, läßt sich während der zweiten Krankheitsperiode nur in einem kleinen Teil der Fälle (20%) verfolgen.
K. Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Wanietschek (Tetschen), Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der intrauterinen Fraktur des Unterschenkels und zur angeborenen Pseudarthrose desselben. (Prag. m. W. 1914 Nr. 23.) Verf. weist auf zwei Fälle hin, die einmal wegen ihres verhältnismäßig seltenen Vorkommens und dann wegen des ähnlichen Bildes, das sie bieten, trotzdem sie zwei grundverschiedene Erkrankungen darstellen, bemerkenswert erscheinen. Grätzer.

Anton Bergmann, Ein weiterer Fall operativ geheilter Noma. (Ebenda.) Durch Exzision des nomatösen Herdes im Gesunden — Wange und ein Teil des Oberkiefers — mit dem Thermokauter wurde ein recht guter kosmetischer Effekt erzielt.
Grätzer.

Otto Sachs, Über die Therapie der Ellbogenfrakturen. (Ebenda.) Die alte Erfahrung, welche die Chirurgen seit jeher gemacht haben, daß nach Ellbogengelenksfrakturen sehr gern und rasch Ankylose eintritt, hat Verf. stets bewogen, Ellbogengelenksfrakturen nur ausnahmsweise, und zwar nur für die erste Zeit mittels Verband auf eine Schiene zu immobilisieren, in jenen Fällen nämlich, wo zu starke Schwellung im Gelenke durch den Bluterguß eine genaue anatomische Diagnose unmöglich machte. Mit Ausnahme dieser wenigen Fälle wurden Ellbogengelenksfrakturen, wenn es sich nur um bloße Fissuren ohne nennenswerte Verschiebung gehandelt hat, für die erste Zeit nur mit einer feuchten Einpackung und Lagerung auf eine Mitella ruhiggestellt. Alle übrigen Frakturen wurden möglichst sofort in Extension gelegt, und zwar je nach dem Fall in gestreckter Stellung des Ellbogens oder mit Doppelextension in gebeugter Stellung, so daß am Humerus in seiner Längsachse und am Vorderarm ebenfalls in der Längsachse für sich extendiert wurde, bei seitlichen Verschiebungen natürlich auch mit seitlichen Querzügen. Bei dieser Behandlung wurden auch in schweren Fällen von erheblichen Verschiebungen sehr gute funktionelle und auch anatomische Resultate erzielt, und dies ist darauf zurückzuführen, daß man sofort nach Abklingen der Schmerzhaftigkeit und der Anschwellung bei fortgesetzter Extension schon in der dritten Woche aktive Bewegungen im Gelenke ausführen ließ, und zwar in steigendem Maße. Manchmal war es bereits nach Ablauf der ersten Wochen möglich, diese Bewegung ausführen zu lassen, so daß nach Entfernung der Extension in der dritten resp. vierten Woche gleich mit Bädern und ausgiebigen Bewegungen begonnen werden konnte und die ganze Behandlung der Fraktur bereits nach fünf Wochen mit normaler Funktion erledigt war. In einzelnen Fällen war noch eine geringe Einschränkung der Maximalflexion vor-

handen, die durch fortgesetzte weitere Übungen auch noch gebessert wurde. Von gewaltsamen Massagen wurde in allen Fällen abgesehen, dagegen wurden zur Unterstützung der Behandlung gleichzeitig mit den aktiven Bewegungen Armbäder verabreicht. Nur in sehr seltenen Fällen war man gezwungen, operativ einzugreifen, und zwar in jenen Fällen, wo durch die Fraktur abgebrochene kleine Fragmente sehr stark disloziert waren oder die Fraktur schon im veralteten Stadium mit Ankylose eingebracht wurde.

Im Anschluß an das vorher Mitgeteilte schildert Verf. aus der großen Anzahl der behandelten Ellbogengelenksfrakturen einige Fälle, bei denen mit Hilfe dieser einfachen Therapie die besten Erfolge in anatomischer als auch funktioneller Beziehung erzielt wurden.

Grätzer.

F. Hamburger, Psychotherapie im Kindesalter. (W. m. W. 1914 Nr. 24.) Verf. bespricht die wichtigsten Formen der psychogenen Erkrankungen, die er in solche, die im Wachleben auftreten, einteilt und in solche, die im Schlafleben sich zeigen. Von ersteren seien genannt: Die Zornanfälle, das apnoische Wegbleiben, die Neigung zu Ohnmachten, epileptische Attacken, Tics, der nervöse Husten, der psychogene Laryngospasmus, Appetitlosigkeit, Bauchschmerzen, nervöse Diarrhöen, Masturbation, von letzteren Pavor nocturnus, Enuresis usw. Grätzer.

Perrier, La Coxa vara infantile. (Rev. d'orthop. 1914 Nr. 2. S. 157.) Die im Kindesalter zur Beobachtung kommenden Fälle von Verkleinerung des Schenkelhalswinkels teilt Verf. in 5 Gruppen ein, in die angeborene, die bogenförmige rachitische, diejenige, bei welcher die Epiphysenfuge senkrecht verläuft (diese hält er mit Peltesohn für eine rachitische Coxa vara), die traumatische der Kinder unter 3 Jahren, endlich die entzündliche. Den senkrechten Verlauf der Epiphysenfuge im Röntgenbilde kann er im Gegensatz zu Hoffa u. a. nicht als für Coxa vara congenita charakteristisches Symptom anerkennen, und glaubt daher, daß eine große Zahl der als angeborene Coxa vara beschriebenen Fälle der Kritik nicht standhält. Bei der dritten der oben genannten Formen spielt die Rachitis eine bedeutende Rolle; hingegen glaubt er nicht an den traumatischen Charakter der Affektion. Als traumatische Coxa vara sind nur diejenigen Fälle aufzufassen, bei denen eine schwere Verletzung sicher eingewirkt hat. Verkleinerungen des Schenkelhalswinkels sind gelegentlich im Anschluß an die Säuglingsarthritiden schon frühzeitig beobachtet worden. — In prognostischer Beziehung hebt Verf. von neuem die Gutartigkeit der rachitischen Coxa vara bei antirachitischer Behandlung hervor. Die übrigen ätiologischen Formen sind zu redressieren und im Abduktionsverband zu fixieren. Peltesohn (Berlin).

S. Nicolau u. **Bolintineanu** (Bukarest). Ein Fall von Trichotillomanie bei einem Kinde. (Spitalul Nr. 12, 1913.) Unter dem Namen Trichotillomanie ist von Hallopeau eine eigentümliche Erkrankung beschrieben worden, darin bestehend, daß sich die betreffenden Patienten nach und nach die Haare gewisser Körperteile und hauptsächlich diejenigen der behaarten Kopfhaut auszupfen. Es



bleiben oft kahle Stellen, die man irrtümlich als parasitären Ursprunges ansprechen würde, dies um so leichter, als es sich oft bei den betreffenden Kranken um neuropathische Erscheinungen handelt, die sie zu verbergen suchen. Oft ist der Ausgangspunkt der Affektion in einem lokalen Pruritus zu suchen und in der Tendenz der Patienten, den Juckreiz durch den Schmerz des Haareausziehens zu mildern.

Die Verff. haben einen derartigen Fall bei einem 5 jährigen Mädchen beobachtet, welches durch längere Zeit besagte Gewohnheit hatte, ohne daß die betreffenden Eltern der Sache recht gewahr wurden. Ein gutes Erkennungszeichen ist dieses, daß die betreffende kahle Kopfhaut keinerlei Zeichen einer lokalen Hautkrankheit aufweist, daß die Haare mikroskopisch gesund erscheinen und daß dieselben nahe der Wurzel abgerissen sind, derart, daß zahlreiche Stoppeln stehen bleiben. In besagtem Falle war eine gut angelegte Kopfhaube therapeutisch von Nutzen. E. Toff (Braila).

Emil Savini u. Therese Savini, Die Rolle der osteo-arthromuskulären Dystrophie in der Ätiologie und Pathogenie der angeborenen Hüftgelenkluxationen. (Medizinisch-chirurgischer Kongreß rumänischer Ärzte, Bukarest, 20.—23. April 1914.) Es gibt angeborene Luxationen des Hüftgelenkes, welche gleichzeitig mit einer allgemeinen Dystrophie einhergehen; so findet man bei den betreffenden Kindern einen auffallend grazilen Skelettbau mit leichter Brüchigkeit der Knochen, Schlaffheit der Gelenkkapseln, schwächliche Muskulatur, myopathischen Gesichtsausdruck, schwache Reflexe, eine Herabsetzung der mechanischen und elektrischen Erregbarkeit bei negativer Entartungsreaktion usw.

Die Kenntnis dieser Umstände ist von Wichtigkeit, da die Prognose bei diesen Fällen eine viel schlechtere ist, als bei jenen ohne bestehende osteo-artho-muskuläre Dystrophie, indem selbst nach einer sehr guten Reduktion die funktionellen Resultate mittelmäßige bleiben, eben infolge der Schlaffheit der Gelenkkapseln, der mangelhaften Entwicklung der Gelenkflächen und der allgemeinen Muskelschwäche. E. Toff (Braila).

Em. Demetru Paulian (Bukarest), Eosinophilie infolge von Helminthen. (Spitalul 1914 Nr. 2.) Der menschliche Organismus wehrt sich gegen Darmparasiten geradeso wie auch gegen jedweden anderen pathogenen Einfluß. Diese Abwehr wird durch eine Änderung der leukozytären Formel gekennzeichnet und, wie verschiedene Unter-Untersucher nachgewiesen haben, durch eine starke Vermehrung der eosinophilen Zellen. Während das Verhältnis derselben im normalen Zustande 1—4% beträgt, wurde bei Helminthiasis ein Ansteigen auf 8—9%, in einem Falle sogar bis auf 17% festgestellt.

Der Verf. hat diese Blutreaktion auf experimentellem Wege nachweisen wollen und hierfür Kaninchen Extrakte von Taenien und auch von Spulwürmern subkutan eingespritzt. Kurz hierauf, oft nach wenigen Stunden, trat eine starke Eosinophilie auf, wodurch sich zeigte, daß auch der tierische Organismus in ähnlicher Weise gegen Darmparasiten reagiert, wie der menschliche.

Die Feststellung der leukozytären Formel ist also in diagnostisch zweifelhaften Fällen von Wichtigkeit. So z. B. bei schweren Anämien, gastro-intestinalen Erscheinungen, Konvulsionen, Pseudomeningitis usw. In allen diesen Fällen zeigt eine bestehende Eosinophilie, daß es sich um Darmparasiten handelt, während bei Fehlen dieser Blutreaktion die Diagnose in ganz anderer Weise orientiert werden muß.

E. Toff (Braila).

A. Broca, H. Salin u. **Raoul Monod,** Ein Fall von kongenitaler seitlicher Halsfistel mit lymphatischer Struktur. (Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. 1914 Nr. 1, Januar.) Wenige Zentimeter über der rechten Clavicula mündende seitliche Halsfistel bei einer 21 jährigen, die sich seit der Kindheit davon mehr und mehr belästigt fühlte; von Zeit zu Zeit schloß sich die Fistel, um dann wieder beträchtliche Eiterungen herauszulassen; die Kranke hatte auch das ganz deutliche Gefühl, Eiter zu schlucken. Operation und genaue histologische Untersuchung, welche die lymphoide Struktur des Fistelganges erwies; entwicklungsgeschichtlich waren diese Gebilde mit der Struktur der embryonalen Rachenmandel identisch und verdankten der anormalen Persistenz des Entoderms des zweiten oder dritten Kiemenganges ihre Entstehung. H. Netter (Pforzheim).

P. Lereboullet u. **J. Moricand,** Varizellen beim Neugeborenen durch mütterliche Ansteckung. (Bull. Soc. de Péd. 1914, Februar.) Die Verff. haben einen Fall von Varizellen bei einem Kinde von vierzehn Tagen beobachtet, dessen Mutter einen Varizellen-Ausschlag gerade am Tage der Niederkunft gezeigt hatte. Das von der Mutter angesteckte Kind bot eine Allgemein-Eruption mit vorübergehendem Fieber, dann mit Hypothermie und allgemeiner Schwäche, während gleichzeitig die einzelnen Elemente geschwürig oder brandig wurden. Das Kind kam zur Heilung und das Gewicht, stationär während der Inkubationsperiode, langsam ansteigend während der Eruptionsperiode, nahm dann seine normale Kurve auf. Die gewöhnliche Dauer der Inkubation der Varizellen ist hier verifiziert. Vierzehn Tage post part. erkrankte das Kind.

H. Netter (Pforzheim).

P. Chausse, Die Übertragung der Tuberkulose durch Ausbürsten beschmutzter Kleidungsstücke. (Revue d'Hygiene et de Police Sanitaire 1913 Nr. 5.) Durch Tierversuche wird gezeigt, daß das Ausbürsten beschmutzter Kleidungsstücke von Lungenkranken eine sehr wichtige Rolle bei der Übertragung der Tuberkulose spielt. Es wurden Stoffstücke, die mit bazillenhaltigem, eingetrocknetem Auswurf beschmutzt waren, in einem abgeschlossenen Kasten gebürstet. Von den in den Kasten eingesperrten Meerschweinchen starb die Hälfte an Tuberkulose.

Es zeigte sich auch bei diesen Versuchen, die bei verschiedenen Feuchtigkeitsgraden ausgeführt wurden, daß die Lebensfähigkeit der Tuberkelbazillen um so rascher erlischt, je stärker sie der Austrocknung ausgesetzt werden. Je feuchter das Zimmer, um so länger leben die Bazillen. Im allgemeinen wird man mit einer Lebensfähigkeit von 5—10 Tagen bei gewöhnlicher Zimmertemperatur rechnen müssen.

Sie können aber unter besonders günstigen Verhältnissen auch 5 bis 6 Wochen erreichen.

Das Ausbürsten tuberkuloseinfizierter Kleidungsstücke ist nicht nur für den Bürstenden selbst, sondern auch für seine Mitmenschen eine Gefahr. Die Gefährdung ist um so größer, je häufiger und tiefer der Mensch atmet und damit um so mehr oder weniger emporgewirbelte Bazillen aufnimmt. H. Netter (Pforzheim).

P. E. Duprat, Angeborener familiärer Priapismus infolge hereditärer Syphilis. (Revista medica del Uruguay 1913, März.) Verf. fand bei einem 32 Tage alten schwerkranken männlichen Zwillingspaar neben den gewöhnlichen Zeichen der angeborenen Syphilis, wie greisenhaftes Gesicht, Abmagerung, Hypothermie, Leber- und Milztumor, Ulzerationen auf der Fußsohle nach Pemphigus und bei dem einen Kind ein tiefes Kreuzbein-Dekubitusgeschwür. Beide Kinder hatten den Penis in Erektion; bei dem einen konnte Verf. ferner einen Verlust der oberflächlichen und tiefen Sensibilität am Perineum und der benachbarten Oberschenkelgegend konstatieren, endlich eine Lähmung der Blase und des Sphincter ani. Dieses Kind, das schwerer erkrankte und weniger kräftig war, starb nach sechs Tagen, während das zweite unter Hg-Behandlung geheilt wurde. Die Peniserektion verschwand bei dem einen am Tage vor dem Tod, bei dem anderen nach zehn Tagen, aber der Penis blieb dicker als normal.

Eine genauere Nachforschung ergab, daß die Mutter ganz früh von einer Amme infiziert worden war; Verf. konnte diese selbst ausfindig machen und sich dessen vergewissern. WR bei der Mutter positiv. Von 12 Schwangerschaften endeten drei mit der vorzeitigen Geburt toter Kinder. Die anderen Kinder, von denen fünf am Leben sind, haben alle bei der Geburt eine Erektion, bald des Penis, bald der Klitoris gezeigt, die spontan zwischen dem zweiten und fünften Monat verschwand. H. Netter (Pforzheim).

J. Koelichen et **J. Skodowski,** Encéphalite à évolution subaiguë chez un garçon de neuf ans. (Revue neurol. 1913 Nr. 15.) Fall von subakuter Enzephalitis bei einem 9 jährigen Knaben mit auffällig langer Entwicklungsperiode (etwa 6 Wochen). Fehlen von allen Allgemeinsymptomen, wie Bewußtseinsstörungen, Somnolenz, Kopfschmerz, Krämpfen, während der ganzen Dauer des Leidens. Demgegenüber ist sonst der Ausbruch der Enzephalitis immer sehr stürmisch. Kurt Mendel.

William P. Lucas and **Robert B. Osgood,** Transmission experiments with the virus of poliomyelitis. (Journ. of the Amer. med. Assoc. 1913, 24. Mai.) 5 jähriger Knabe erkrankt an Poliomyelitis anterior. Beginn des Leidens im Februar 1910. Heilung im September 1912. Nach Bronchitis und Schnupfen plötzlich wiederum Schwäche im rechten Arm und in den Beinen mit Fieber. 2 Wochen später erkrankt die Schwester an hohem Fieber und völliger Lähmung des einen Armes sowie Schwäche der Beine. Die Überimpfung des Nasensekretes des Knaben auf Affen, u. z. 4 Monate nach dem akuten Stadium der zweiten Poliomyelitis-Attacke entnommen, ergab positive Resultate. Kurt Mendel.

C. Klika, Masern und Schule. (Casopis eiskýeh lékauiv, 1913, S. 1363. — Bömisch.) Kritik der neuen Verordnung, nach welcher in Österreich die Masern nicht mehr zu den meldepflichtigen Infektionskrankheiten gehören. Auf Antrag des Physikus bleibt es in Prag bei altem Modus, und die Meldepflicht wohl im Interesse der rascheren Bekämpfung namentlich der Verbreitung der Epidemie bleibt erhalten.

Jar. Stuchlik (Zürich).

Theodor Frölich (Norwegen), Untersuchungen über Tuberkulose unter den Kindern der Volksschulen zu Christiania. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben 1914 Nr. 2.) Der Verf. untersuchte die Schüler der untersten Klasse in den 19 Volksschulen zu Christiania. Im ganzen wurden 2900 (1354 Mädchen und 1546 Knaben) untersucht; es waren 66,1% der sämtlichen Schüler der untersten Klasse, während die Eltern der übrigen sich der Untersuchung widersetzten; es waren namentlich Kinder der ökonomisch besser gestellten, die nicht untersucht wurden. Die Resultate sind deshalb nicht richtig, indem sie schlechter, als der Wirklichkeit entsprechend sind. Die Kinder wurden teils durch die Kutanreaktion mit frisch zubereitetem 50 prozentigen sowohl bovinem als humanem Tuberkulin aus dem städtischen Veterinärlaboratorium untersucht, teils wurden sie klinisch untersucht (Hals- und Bronchialdrüsen, tuberkulöse Augen-, Haut-, Knochen- und Gelenkleiden, anamnestische Data usw.). Nicht weniger als 83,8% der Kinder reagierten positiv (81,7% der Mädchen, 85,6% der Knaben). Das Alter der Kinder war zwischen 6 und 9 Jahren. Bei 51,5% der positiv reagierenden fand der Verf. Symptome, die für die Möglichkeit einer vorhandenen Tuberkulose sprachen. Die weiteren Untersuchungen zeigten, daß die Familieinfektion von viel geringerer Bedeutung als die Schmutzinfektion war, und der Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die „tuberkulösen Häuser" der Stadtviertel der armen Bevölkerung.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Pädiatrische Sektion.

Offizielles Protokoll vom 23. Juni 1913.

(Nach der D. m. W.)

Vorsitzender: A. Baginsky; Schriftführer: Erich Müller.

Vor der Tagesordnung. Mendelsohn: **Demonstration zum Mongolenfleck.** Vortr. hatte Gelegenheit, ein Kind mit einem sogenannten „Mongolenfleck" zu sezieren und den Fleck mikroskopisch zu untersuchen. Man bezeichnet bekanntlich als „Mongolenfleck" eine meistens angeborene blaugraue Verfärbung der Haut, die sich gewöhnlich oberhalb der Rima ani, auch ziemlich häufig in der Glutäalgegend befindet, die aber auch an anderen Körperstellen vorkommen kann. Diese Flecke sind verschieden groß. Es sind solche beschrieben worden von Linsengröße, andere bis Handtellergröße. Sie liegen im Niveau der Haut und heben sich ziemlich deutlich gegen die Umgebung ab. Ein Charakteristikum der Flecken

ist, daß sie von allein im Laufe der Zeit abblassen, um schließlich, spätestens im zweiten Lebensjahre, vollständig zu verschwinden. Der Name „Mongolenfleck" stammt daher, weil nach einer Arbeit von Bälz aus dem Jahre 1885 in Japan nahezu alle Kinder mit einem solchen Fleck zur Welt kommen. Aber auch schon vor dieser Zeit ist die Erscheinung von Saabye bei Grönländern beobachtet worden, später wurde sie bei Samoanern und Chinesen beschrieben. In den letzten Jahren ist eine Reihe von Arbeiten erschienen, nach denen auch bei europäischen Kindern diese Flecke gesehen worden sind, so von Fujisawa in München, von Epstein in Prag, von Sperck in Wien, Tugendreich in Berlin, ganz neuerdings auch von Allaria in Italien. So ist denn die ursprüngliche Meinung von Bälz, daß es sich hier um ein spezifisches Rassenmerkmal der Japaner handelte, als hinfällig anzusehen, wenn auch quantitative Rassenunterschiede fraglos bestehen. Das Kind, das Verf. zu sehen Gelegenheit hatte, war ein jüdischer Knabe, den Verf. zum ersten Male im Alter von vier Wochen sah. Ob das Kind den Fleck schon bei der Geburt gehabt hatte, ließ sich mit Sicherheit nicht feststellen. Verf. hatte Gelegenheit, das Kind bis zu seinem Tode, der infolge Pneumonie im elften Lebensmonat erfolgte, zu beobachten. Der Fleck war während der ganzen Zeit nur unmerklich abgeblaßt. (Demonstration einer Zeichnung.) Die Sektion ergab nichts Besonderes, insbesondere zeigte die Kreuzbeingegend in den tiefen Weichteilschichten keinerlei Anomalien. Auch am Skelett fehlte jeder besondere Befund. Von den inneren Organen habe ich Leber, Milz und Nebennieren mikroskopisch untersucht und auch hier keinerlei Abweichungen von der Norm, insbesondere keine abnorme Pigmentierung finden können. Was das mikroskopische Bild des Flecks selbst anbetrifft, so ist es zum ersten Male von Bälz beschrieben worden und später von Grimm. Beide stimmen darin überein, daß das anatomische Substrat des Mongolenflecks besonders charakteristische Zellen seien: große, plumpe, mit Pigment gefüllte Zellen von bald spindelförmiger, bald sternförmiger Gestalt, in den mittleren und tiefen Schichten des Koriums. Gerade diese Lage in den tieferen Schichten des Koriums wird als charakteristisch für den Mongolenfleck angesehen, weil sonst Pigmentablagerungen in der Haut mit dem Hauptdepot des Pigments in der Haut am Papillarkörper im Zusammenhang zu stehen pflegen. Grimm ist sogar der Meinung, daß der Mongolenfleck die einzige bis jetzt beobachtete Ausnahme von dieser Regel sei. Von den aus Europa beschriebenen Fällen sind nur wenige mikroskopisch untersucht worden. In der Arbeit von Allaria ist eine Abbildung der Befunde vorhanden, die meine Präparate vollständig bestätigen (Demonstration). Man sieht bei starker Vergrößerung enorme Mengen dieser typischen Zellen, die bald gelb, bald schwarz erscheinen, je nach dem Grade der Pigmentierung. Zur Kontrolle habe ich ein Stück von der Brusthaut des Kindes untersucht. Es ist auffallend, daß alle bisherigen Autoren niemals etwas über den mikroskopischen Befund der übrigen Körperhaut berichtet haben. Mein Präparat ist insofern interessant, als es zeigt, daß auch in der Brusthaut dieselben Zellen vorkommen. Bei starker Vergrößerung sieht man die betreffenden Zellen in den tieferen Schichten des Koriums, allerdings, im Gegensatz zu dem Kreuzfleck, nur ganz vereinzelt. Ich glaube, daß dieser Befund eine gewisse Bedeutung für die pathogenetische Auffassung des Mongolenflecks haben könnte. Er verliert dadurch sehr viel von seinem bisherigen mysteriösen Charakter, und es gewinnt den Anschein, als ob er nicht eine spezifische Eigentümlichkeit der Kreuzgegend darstellt, sondern lediglich eine durch die Häufung der typischen Zellen von der sonstigen Körperhaut verschiedene Stelle.

Oswald Meyer: **Demonstration zur Spasmophilie und Parathyreoidinbehandlung.** Entsprechend der postoperativen wie der tierexperimentellen Tetanie hat man auch die Spasmophilie der Kinder in Beziehung gesetzt zur Funktion der Epithelkörperchen. Die Forschung der letzten Jahre hat aber diese Beziehung abgelehnt. Demgemäß sind auch die Versuche mit der Parathyreoidinbehandlung spärlich im Gegensatz zu den häufigeren und erfolgreicheren Versuchen bei der postoperativen „Tetania strumipriva". Wir haben allerdings auch im allgemeinen eine Organtherapie bei der Spasmophilie nicht nötig, weil wir mit Diät, Phosphorlebertran, Narkoticis und mit Kalksalzen fast immer zum Ziele kommen. Immerhin gibt es doch auch sehr hartnäckige, schwer zu beeinflussende chronische Fälle, wo die gewöhnlich erfolgreichen Mittel nicht ausreichen und man gern ein wirklich spezifisches Mittel haben würde. Einen solchen Fall, bei dem alle anderen Mittel trotz jahrelanger Anwendung versagten und der dann wirk-

lich durch Parathyreoidin geheilt wurde, stellt Redner vor. Er ist wohl schon manchem von Ihnen bekannt, denn er ist schon durch viele Hände gegangen. Das Kind war bis zum achten Monat vollständig gesund. Damals wohnten die Eltern im Vorort, in einer trocknen, sonnigen Wohnung, dann aber kamen sie nach Berlin, in eine feuchte und sonnenlose Wohnung, und bald darauf erkrankte der kleine Patient an Spasmophilie, die sich erst in laryngospastischen Anfällen, später in Karpopedalspasmen äußerte. Das Kind wurde von verschiedenen Ärzten und Kinderkliniken behandelt, es wurde alles getan, was man irgend tun konnte, ohne jeden Erfolg. Es hat jahrelang laryngospastische und eklamptische Anfälle, Karpopedalspasmen, und zwar Dauerspasmen gehabt. Also ein Fall von schwerster manifester Tetanie. Als Vortragender das Kind sah, war es $2^1/_4$ Jahre alt und war seit mehr als anderthalb Jahren ununterbrochen in ärztlicher Behandlung gewesen. Seit mehr als einem Jahre hatte es keine Milch bekommen. Neben der schweren Spasmophilie bzw. manifesten Tetanie bestand sehr schwere Rachitis. Das Kind konnte weder stehen, noch gehen, noch kriechen. Vortragender hat nun noch einmal die ganze Reihe der Behandlungsmethoden durchversucht. Phosphorlebertran, Narkotika, Kalksalze, ferner Gemüse, Mehl, molkenarme bzw. ganz milchfreie Diät, es hat alles nichts geholfen. Schließlich hat Vortragender einen Versuch mit Epithelkörperchen gemacht und hat Tabletten von 0,1 (von Dr. Freund und Redlich) dreimal am Tage gegeben. Auf diese Behandlung hin gingen die spasmophilen Erscheinungen langsam, aber stetig zurück. Die Kapropedalspasmen verschwanden ganz, ebenso die laryngospastischen Anfälle; wenig verändert war im Anfang die elektrische Erregbarkeit, erst in den letzten Tagen ist — durch Kollegen Mendel — ein normaler elektrischer Befund festgestellt. Ebenso gingen die rachitischen Erscheinungen zurück, und das Körpergewicht, das jahrelang zwischen 7000 bis 8000 g schwankte und nicht höher gehen wollte, ist regelmäßig und stetig gestiegen, so daß Patient jetzt immerhin 10 kg wiegt. Der kleine Patient hat unter dem Parathyreoidin auch stehen und gehen gelernt. Es ist also ein voller Erfolg der Parathyreoidinbehandlung! Die Spasmophilie ist durch die Parathyreoidintherapie vollständig geheilt — nicht einmal Fazialisphänomen besteht noch. Die Rachitis sehr gebessert. Dennoch will Vortragender keine weitgehenden therapeutischen Schlüsse ziehen. Ja, es ist die Frage, ob selbst in diesem Falle eine Blutung der Epithelkörperchen im Sinne von Erdheim und Escherich vorliegt. Die Spasmophilie beruht auf einer Ernährungsstörung, die mit der Rachitis und dem Kalkstoffwechsel in inniger Beziehung steht. Es ist sehr wohl möglich, daß ein irgendwie geartetes Stoffwechselgift im Blute kreist. Die Epithelkörperchen, die — nach Tierversuchen — eine gewisse entgiftende Funktion und eine Wirkung auf den Kalkstoffwechsel haben, hätten die Aufgabe, dieses Stoffwechselgift unschädlich zu machen. Sind die Epithelkörperchen zerstört, so fällt diese Wirkung aus. Es wäre aber auch denkbar, daß bei einem Kinde die Epithelkörperchen ohne anatomisch nachweisbare Läsionen nicht funktionskräftig genug sind, so daß sie bei der Entgiftung nicht ausreichen. Es wäre sogar denkbar, daß das „Stoffwechselgift" so bedeutend ist, daß selbst normale Epithelkörperchen zur Entgiftung nicht genügen. Vielleicht liegt etwas Ähnliches in diesem Falle vor. Das ist um so eher anzunehmen, als ein Schwesterchen des Patienten, das bis zu $^3/_4$ Jahren ganz gesund gewesen war, dann ebenfalls an schwerster Spasmophilie erkrankte wie der Junge. Dieses Kind konnte weder durch die herkömmliche noch durch Parathyreoidinbehandlung gerettet werden, es ist nach halbjähriger Krankheit im laryngospastischen Anfall gestorben. Prosektor Davidsohn vom Verbandskrankenhaus Reinickendorf fand bei der Untersuchung absolut keine Veränderung der Epithelkörperchen. Da muß man doch glauben, daß auch beim Knaben keine anatomische Veränderung vorliegt, denn es wäre doch mehr als sonderbar, wenn in einer Familie, wo zwei Kinder, die sich im Alter so nahe stehen, und die beide denselben Schädlichkeiten unterworfen waren: hereditäre Belastung — der Vater ist körperlich minderwertig — und schlechte Wohnungsverhältnisse, und die dann beide an derselben Krankheit erkranken, dieses Leiden bei jedem auf einer anderen Ursache beruhen sollte, indem das eine Kind Blutungen haben sollte, das andere nicht. Dennoch ist der Erfolg der Behandlung beim Knaben: Heilung der Spasmophilie bzw. manifesten Tetanie, günstige Beeinflussung der Wachstumsstörungen und der Rachitis nach mehr als anderthalbjähriger erfolgloser Behandlung mit allen anderen Mitteln, zweifellos dem Parathyreoidin zuzuschreiben. Und zweifellos gibt es also Fälle, wo Parathyreoidin spezifisch wirkt.

Diskussion. Peritz: In letzter Zeit habe ich ein Krankheitsbild beschrieben, das ich als Spasmophilie der Erwachsenen bezeichnet habe. Neben anderen Symptomen habe ich bei diesen Menschen vor allen Dingen eine elektrische, anodische Übererregbarkeit im Sinne von Pirquet festgestellt. In manchen Fällen habe ich auch ein K. Oe. Z. unter 5 M. A. gefunden. Ich habe nun in solchen Fällen Parathyreoidin angewandt. Eine Änderung der elektrischen Übererregbarkeit konnte ich nicht feststellen. Nur möchte ich darauf aufmerksam machen, daß die elektrische Erregbarkeit der Nerven wahrscheinlich auch mit der Jahreszeit wechselt. Die stärkste Erregbarkeit habe ich im Herbst, Winter und Frühjahr gefunden, während im Sommer die Erregbarkeit der Nerven abnimmt. Möglicherweise hängt die vom Vortragenden konstatierte Änderung der Erregbarkeit, die erst jetzt eingetreten ist, mit diesem Faktor zusammen. Dagegen war es auffällig, daß bei den mit Parathyreoidin behandelten Menschen eine Besserung des Allgemeinbefindens sich einstellte und vor allen Dingen in manchen Fällen eine erhebliche Gewichtszunahme. Diese Gewichtszunahme bis zu 10 Pfund in drei bis vier Wochen wurde ohne Änderung der Lebensweise erzielt bei Menschen, die vorher durch keine Art der Pflege oder Behandlung an Gewicht zugenommen hatten. Ich lasse es aber dahingestellt, ob hier ein direkter Einfluß des Parathyreoidins vorliegt, der auf einen Zusammenhang zwischen Spasmophilie und Nebenschilddrüse schließen ließe, oder ob nur durch das Mittel eine sekundäre Steigerung des Stoffwechsels hervorgerufen wird. Es ist auch zu bedenken, daß die Nebenschilddrüsen sehr kleine Gebilde sind. Geschieht die Art der Herstellung nicht mit außerordentlicher Sorgfalt und wird sie nicht von sehr sachverständigen Männern ausgeführt — Hoffmann, La Roche haben zur Herstellung von 12 Ampullen Parathyreoglandol 200 Nebenschilddrüsen dazu benötigt — so liegt die Gefahr vor, daß Thyreoideasubstanz mit in das Präparat hineingelangt. Von dieser Beimischung könnte der Einfluß auf den Stoffwechsel ausgehen. Ich mache auf diesen Punkt nur aufmerksam, um zu zeigen, wie vorsichtig man in der Beurteilung der Erfolge sein muß, und daß man erst eine große Anzahl von Patienten mit dem Mittel behandelt haben muß, ehe man ein Urteil abgeben kann. Möglicherweise besteht wirklich ein Zusammenhang zwischen Spasmophilie und Parathyreoidea, und wir hätten es hier mit einer kausalen Behandlung zu tun.

Oswald Meyer (Schlußwort): Die elektrische Erregbarkeit bei dem Jungen, die über ein Jahr lang stark erhöht war, ist jetzt tatsächlich normal geworden. Was die Frage der spezifischen Wirkung anbetrifft, so ist sie wohl zu bejahen. Nachdem der Zustand des Kindes trotz aller Behandlung anderthalb Jahre absolut unverändert war, ist bald nach Beginn der Parathyreoidintherapie eine Besserung eingetreten, die zu voller Heilung geführt hat. Zeitweise ist sogar ein Umschlag der Wirkung eingetreten. Denn bei fortgesetzter Parathyreoidinmedikation traten deutlich an diese geknüpft Schmerzen und Spasmen in den Extremitäten auf. Deswegen mußte mit der Dosierung heruntergegangen werden. Patient bekam später nur noch jeden zweiten Tag eine Tablette. Danach hörten die Karpopedalspasmen auf. So eigentümlich es ist, dasselbe Präparat, das anfangs die Spasmen beseitigte, hat sie später hervorgerufen. Eine Erklärung ist wohl nur in der Wirkung des Parathyreoidins auf den Kalkstoffwechsel zu sehen, den es bei fortgesetzter Darreichung, durch Überfunktion hervorgerufen, in entgegengesetztem Sinne wie anfangs beeinflußt hat.

Tagesordnung. L. Langstein: **Beiträge zur Kenntnis der Pyelitis im Kindesalter.** (Mit klinischer Demonstration.) Vortr. geht zunächst genauer auf die Entstehungsweise der Pyelitiden im Anschluß an Infektionskrankheiten ein. Insbesondere die Grippe hat hier eine dominierende Rolle. Aber auch Scharlach und Keuchhusten kommen als unmittelbare Veranlassung zur Entstehung einer Pyelitis in Frage. Es erscheint daher notwendig, im Verlaufe von Infektionen immer und immer wieder den Urin zu untersuchen, um bezüglich der Ursache der Fortdauer eines nach pyämischem Typus verlaufenden Fiebers keine Fehlschlüsse zu tun. Nach den Erfahrungen des Verf.s bestehen auch interessante Beziehungen zwischen Pyelitis und Hirschsprungscher Krankheit. In den zwei letzten von ihm beobachteten Fällen von echter Hirschsprungscher Krankheit bestand eine Infektion der Harnwege, was nach den Angaben der Literatur zu den Seltenheiten gehören soll. Einer der Fälle, bei dem die Pyurie vorläufig scheinbar unbeeinflußt ist, wird genauer demonstriert, und bezüglich seiner Pathogenese, seines

zystoskopischen Befundes und der Therapie genauer besprochen. Es wird dann zur Schilderung des klinischen Bildes der Pyelitis übergegangen und einige Typen des polymorphen Bildes werden herausgegriffen. Es werden besprochen: die sogenannte toxische Form, die meningeale Form, die pneumonische Form, diejenige Form, die sich mit Ikterus kombiniert, und eine andere, die eine Appendizitis vortäuscht. Besonders bemerkenswert und die Untersuchung erschwerend sind jene Fälle, die mit starker allgemeiner Hyperästhesie einhergehen. Endlich wird noch die intestinale Form, die unter dem Bilde einer schweren Magendarmstörung verläuft, genauer besprochen. Das Harnbild zeigt keineswegs immer die in den Lehrbüchern beschriebene mehr oder minder starke Pyurie. Verf. weist auf ein in der Literatur nicht genügend gewürdigtes, aber darum nicht weniger bedeutungsvolles Harnbild hin von ausgesprochenem hämorrhagischen Charakter, das nicht zu selten zur Fehldiagnose Veranlassung gibt, indem man fälschlicherweise eine hämorrhagische Nephritis diagnostiziert. Es handelt sich um Fälle, in denen im Urin außerordentlich viel rote Blutkörperchen und zunächst nur vereinzelte Leukozyten vorhanden sind, vielleicht hier und da ein Zylinder, das Kind jedoch schwere Erscheinungen zeigt. Die Palpation ergibt gewöhnlich Nierenschwellung, im weiteren Verlauf kann allmählich eine hochgradige Pyurie zustande kommen; aber es gibt auch Fälle, die durch eine geeignete medikamentöse Behandlung direkt aus diesem hämorrhagischen Charakter in Heilung übergehen. Bezüglich der Ätiologie und Pathogenese vertritt Vortr. den Standpunkt, daß der hämatogene und lymphogene Entstehungsmodus häufiger sei, als der von Escherich angenommene aszendierende. Es handelt sich auch keineswegs immer um das Bacterium coli als Erreger, sondern es kommen wohl häufiger, als man denkt, andere Bakterien in Frage. In dem vorgestellten Falle waren Staphylokokken, in einem anderen, schwer verlaufenden, der Friedländersche Bazillus der Erreger. Bezüglich der Pathogenese der toxischen Form vertritt Verf. den Standpunkt, daß beim Zustandekommen des Bildes nicht etwa nur Harnvergiftung, sondern auch Wasserinanition eine maßgebende Rolle spielt. Der Erfolg der Wasserzufuhr macht diese Annahme sehr wahrscheinlich. Der Verlauf der Fälle scheint im mindesten 90% ein günstiger bei geeigneten Maßnahmen. Nephrosen hat Vortr. sich nur sehr selten an Pyelitiden anschließen sehen. In einem Falle kam es nach mehrjähriger Dauer zur schwersten Form der Schrumpfniere, der Tod trat durch Urämie ein. Die Behandlung muß eine diätetische und medikamentöse sein. So wichtig die Wasserzufuhr und die reichliche Durchspülung der Niere ist, Vortr. ist niemals allein mit dieser Maßnahme ausgekommen, was den Erfahrungen von Lenhartz gegenüber betont werden muß. Die Kinder müssen unbedingt ernährt werden, was wegen der oft hochgradigen Appetitlosigkeit manchmal nur mit Sonde möglich ist. Eine starke kohlehydratreiche Diät wie die Malzsuppe kann gefährlich sein, weil die Krankheit an und für sich zu Durchfällen disponiert. Medikamentös leistet das Salol wohl am meisten, am zweckmäßigsten scheint die Kombination von Salol und Urotropin. Wo diese beiden versagen, kann Hippol noch Gutes leisten. Von der Alkalitherapie hat Vortr. niemals einen vollen Erfolg, jedoch häufig unwillkommene Magendarmerscheinungen gesehen. Er ist auch kein Freund der Vakzinationstherapie, die er in drei Fällen zur Anwendung kommen sah. Einer dieser Fälle erkrankte nach der zweiten Vakzination mit blutigen Durchfällen und anderen Erscheinungen, wie man sie bei einer schweren parenteralen Infektion zustande kommen sieht. Möglicherweise handelte es sich um ein anaphylaktisches Phänomen, das wohl auch bei der Entstehung parenteral bedingter Magendarmerscheinungen eine Rolle spielen könnte.

Diskussion. H. Davidsohn demonstriert zur Frage der Alkalitherapie der Pyelitis die Kurve eines $1^3/_4$ Jahre alten Säuglings, der an chronischer Pyelitis litt und nach sechstägiger Behandlung mit 3,0 g Kal. citric. pro die einen bedrohlichen Allgemeinzustand mit Gewichtssturz, spritzenden Stühlen und Fieber bekam. Nach Aussetzen des Salzes trat Heilung ein. Mit Rücksicht auf diesen und einige entsprechende Fälle fordert Vortr., daß die Dosierung der Alkalien besonders bei jungen Säuglingen und bei schon bestehender Diarrhoe mit großer Vorsicht zu geschehen hat. Vortr. teilt ferner als Resultat einschlägiger experimenteller Untersuchungen mit, daß die Alkalisierung des Urins an und für sich nicht ausreicht, um die Kolibakterien in ihrem Wachstum zu behindern, und daß eine leichte Ansäuerung dazu eher imstande ist. Die Wirkung des Kal. citric. auf die Pyelitis ist also auf einem indirekten Wege zu denken. Der Versuch, einige Fälle von

Pyelitis durch Übersäuerung zu heilen, blieb ohne Erfolg; es handelte sich allerdings um chronische, auch sonst refraktäre Fälle.

Cassel: Auf Grund der Durchsicht meines Materials über Pyelitis und Cystitis — ich konnte allerdings nur 66 Krankengeschichten durchsehen — gestatte ich mir zu einigen der hier von Langstein angeregten Fragen Stellung zu nehmen. Was zunächst die Diagnose der Pyelitis anbetrifft, so wird sie von uns Kinderärzten recht häufig gestellt. Trotzdem möchte ich aber behaupten, daß es in der Praxis kaum eine Krankheit gibt, die so häufig nicht diagnostiziert wird, wie die Pyelitis. Fast meine sämtlichen Fälle aus der Privatpraxis sind von den behandelten Kollegen nicht richtig erkannt worden. Ein Teil der Kollegen untersucht eben den Harn junger Kinder nicht. Darüber kann man sich nicht weiter äußern, — wir sind ja allzumal Sünder. (Heiterkeit.) Es werden die Ohren untersucht, es wird auf Pneumonie gefahndet, aber der Harn wird nicht untersucht. So vergehen viele Tage, ohne daß das hohe Fieber zu erklären ist. Vielleicht darf ich aus meinen Erfahrungen ein paar Beispiele mitteilen, da ich es für nützlich halte, wenn das hier Gesagte in den Kreisen praktischer Ärzte bekannt wird. Es passierte mir vor einiger Zeit, daß ich zu einem „Typhus" gerufen wurde bei einem Knaben von zehn Monaten. Das Kind hatte eine Fieberperiode von drei Wochen überstanden, dann kam eine achttägige Fieberpause, worauf eine neue Fieberperiode einsetzte. Die Diagnose wurde auf „Typhus" gestellt, während sie nach meiner Untersuchung „Pyelitis" lauten mußte. In einem anderen Falle hatte ich die richtige Diagnose schon per exclusionem gestellt. Als der Harn untersucht und die eitrige Beschaffenheit festgestellt war, wollte der Kollege wegen „Nierentuberkulose" eine Operation vornehmen, die ich glücklicherweise verhütete. In einem weiteren Falle handelte es sich um das Kind eines Kollegen, bei dem der Kollege zwar das eitrige Sediment unter dem Mikroskop sah, sich aber aus dem ganzen Bilde keine richtige Vorstellung machen konnte. Und so könnte ich noch über mancherlei Irrtümer berichten. Auf Grund des Angeführten möchte ich ausdrücklich betonen, daß das klinische Bild der Infektion der Harnwege vielen praktischen Ärzten ganz unbekannt ist. Es fehlt ihnen die Kenntnis, daß die Infektion der Harnorgane zu so schweren Erkrankungen führen kann, wie wir sie alle Tage sehen. Was die Ätiologie anbetrifft, so habe ich in einer großen Anzahl von Fällen Darmkatarrhe beobachtet, und Sie wissen alle, daß man früher angenommen hat, daß infolge der Beschmutzung der Urethralöffnung mit den Sekreten des Darmes die Blase infiziert wird. Diese Annahme, die Langstein heute nicht erwähnt hat, möchte ich aber nicht außer acht lassen; denn die auffallende Tatsache besteht, daß die allergrößte Anzahl dieser Patienten Mädchen sind. Wenn ich auch aus den Angaben von Finkelstein, von Thiemich u. a. weiß, daß die Krankheit bei Knaben ebenfalls vorkommt, so ist es doch auffallend, daß unter 66 Fällen, die ich durchgesehen habe, nur ein einziger Knabe war. Das ist doch außerordentlich merkwürdig und spricht dafür, daß die Annahme einer Kontaktinfektion durch die kurze Urethra der Mädchen nicht ganz von der Hand zu weisen ist; sonst müßten doch beide Geschlechter gleichmäßiger beteiligt sein. Was den Ausgang der Infektion anbetrifft, so möchte ich mich etwas pessimistischer über den Verlauf aussprechen als Langstein. Die größte Zahl der Fälle verfolgen wir ja nicht bis zu Ende. Solche Fälle können wir, meine Herren, nicht monate-, jahrelang unter Aufsicht haben. Wenn die Kinder keine Beschwerden haben, haben die Eltern gar keine Veranlassung, einen Arzt zu konsultieren. Es ist aber doch eine auffällige Tatsache, daß unter meinen 66 Fällen 10 chronische Fälle waren. Ich kann auch über die Dauer bei einigen derselben etwas angeben: bei 2 ist sie unbekannt, 2 bestanden 3 Monate, einer 6 Monate, zwei 1 Jahr, einer 3 Jahre, einer 4 Jahre, und in einem Falle ist das Mädchen seit 7 Jahren mit der Krankheit behaftet. In bezug auf den Ausgang möchte ich zwei Arten von Verlauf unterscheiden. Unter den chronischen Fällen ist eine Kategorie, bei denen der Verlauf ein leichterer ist. Da tritt ab und zu eine Fieberperiode auf. Der Urin wird untersucht, und es wird ein Sediment gefunden, Eiterzellen und mit großen Pilzrasen von Bacterium coli. Dann werden die Kinder wieder gesund, und der Urin zeigt wenig Formelemente. Die Fälle der zweiten Kategorie zeigen einen dicken, eitrigen Harn und ganz erhebliches Sediment mit zahlreichen Formenelementen. Wenn solche Fälle lange genug dauern, kommt einem immer der Verdacht, es handle sich um Tuberkulose. Zweimal habe ich den Tierversuch angestellt, allerdings mit negativem Erfolge. Die hämorrhagische Form der Erkrankung habe ich bisher nicht

beobachtet. Was die Therapie anbelangt, so stehe ich auf dem Standpunkt, daß das Salol besser zu wirken scheint als das Urotropin. Wir wenden beide Mittel auch umschichtig an. In chronischen Fällen kommt man aber auch dadurch nicht zum Ziel, es wechseln hier Besserungen mit Verschlechterungen, aber die Krankheit zieht sich jahrelang hin. Ich habe Trinkkuren mit alkalischen Wässern gemacht, ich habe die Patienten nach Karlsbad geschickt; im großen und ganzen ändert aber die Therapie an dem Zustande wenig, bis die Heilung meist spontan eintritt. Ich weiß ferner, daß viele Kollegen die Cystitis auch lokal behandeln. Ich kann mich ihnen nicht anschließen. Die Fieberzustände beseitigen wir mit inneren Mitteln, ohne die wir hier nicht zum Ziel kommen. Die mechanischen Manipulationen, die bei der Lokalbehandlung notwendig sind, lassen sich kleine Kinder nicht ohne weiteres gefallen. Ich erinnere mich eines Falles, wo jedesmal die Chloroformnarkose angewandt werden mußte. Aus diesen Gründen muß ich sagen: nach meiner Ansicht ist von der lokalen Behandlung der Pyelo-Cystitis kein Erfolg zu erwarten.

Portner: Ich schließe die Pyelitis im Säuglingsalter aus meinen Betrachtungen aus, weil ich darüber zystoskopische Erfahrungen nicht besitze. Diese erscheinen mir aber hier zur Kontrolle der klinischen Beobachtungen notwendig. — Den von Langstein demonstrierten Fall von Pyurie infolge Hirschsprungscher Krankheit bei einem anderthalbjährigen Knaben habe ich zystoskopiert und eine renale Pyurie angenommen, weil die Blase zystoskopisch ganz normal war. Ob eine oder beide Nieren krank waren, konnte ich nicht feststellen, das hätte den Ureterenkatheterismus erfordert, der bei einem Knaben in dem Alter noch nicht möglich ist. Ich kann auch nicht sagen, ob die Infektion nur das Nierenbecken betraf oder ob auch das Nierenparenchym beteiligt war. Wir Urologen unterscheiden da viel schärfer als die Kinderärzte. Ich habe hier verschiedene Fälle nennen hören, die ich ohne weiteres als Pyelonephritis bezeichnen würde, während sie hier immer unter der großen Rubrik „Pyelitis" aufgeführt werden. Die Differentialdiagnose zwischen Pyelitis und Pyelonephritis ist doch nicht gleichgültig. Die Prognosenstellung hängt zum großen Teil davon ab. Ein Teil anscheinend erstaunlicher Heilungen, die man bei Kindern mit Pyurie beobachtet, beruht sicher darauf, daß es sich gar nicht um eine schwere Erkrankung der Niere selbst, sondern nur um einen, wenn auch starken Katarrh des Nierenbeckens gehandelt hat. Die Differentialdiagnose zwischen Pyelitis und Pyelonephritis ist schwer, oft unmöglich, weil wir sichere Unterscheidungsmerkmale nicht besitzen. Zylinder, die Pyelonephritis beweisen würden, finden sich selbst bei ihrer schwersten Form, bei der die Niere von miliaren Abszessen durchsetzt ist, oft gar nicht. Mit dem stärkeren Eiweißgehalt bei Pyelonephritis ist auch nicht viel anzufangen, weil es sich um eitrige Urine handelt, und schwer zu sagen ist, ob der Eiweißgehalt wirklich stärker ist als dem Zellgehalt entspricht. Auch die klinischen Erscheinungen lassen keine Unterscheidung zu. Auch eine einfache Pyelitis kann die schwersten Erscheinungen machen: hohes Fieber, starke Schüttelfröste, Benommenheit. Nun könnte man sich schließlich an den Eitergehalt des Urins halten und sagen, daß ein stark eitriger Urin der schwereren Erkrankung der Pyelonephritis entspricht. Gerade das aber ist nach den Erfahrungen, die wir Urologen haben sammeln können, unzweifelhaft nicht richtig. Man kann eher sagen: je eitriger der Urin, desto besser die Prognose. Gerade die schweren Formen der Pyelonephritis, die mit Schüttelfrösten einhergehen, haben oft ganz geringen Eitergehalt, während anderseits eine einfache Pyelitis oft enorme Eitermengen liefert. Aus allen diesen Gründen wird in vielen Fällen die Differentialdiagnose zwischen Pyelitis und Pyelonephritis unentschieden bleiben. Auf alle Fälle müssen aber zwei Erkrankungen ausgeschlossen werden: Nierenstein und Nierentuberkulose. Beide Erkrankungen können unter der Form einer chronischen Pyelitis verlaufen. Der Nierenstein, der mir beim Kinde recht selten zu sein scheint, macht ja außerdem noch meist Koliken. Die Nierentuberkulose aber unterscheidet sich oft gar nicht von einer chronischen Pyelitis. Erst der Nachweis von Tuberkelbazillen entscheidet die Diagnose. Man darf daher nicht eher die Diagnose „chronische Pyelitis" oder „Pyelonephritis" stellen, bis man Nierenstein durch Röntgenbild und Nierentuberkulose durch Tierversuch ausgeschlossen hat. — Daß bei der Pyelitis schwere fieberhafte Zustände vorkommen, kann ich bestätigen. Ich habe sie in zwei Formen beobachtet: einmal Kinder, die dauernd eitrigen Urin absondern, sich dabei aber wohl befinden, auch normale Temperatur haben. Plötz-

ich ein Fieberanfall, bei dem die Temperatur bis zu 40° steigt. Zwei bis drei Tage Fieber, dann Abfall. Alles ist wieder gut bis zum nächsten Anfall. Das sind sogenannte pyelitische Attacken, wie wir sie auch beim Erwachsenen, z. B. bei Prostatikern oder Frauen mit chronischer Pyelitis beobachten. — Die zweite Form des Fiebers habe ich bei Erwachsenen nicht beobachtet. Das ist ein hohes, kontinuierliches Fieber, das sich über viele Wochen erstreckt. Ein Beispiel: Sechsjähriges Mädchen, plötzlich mit Fieber von 38° erkrankt. Urin eitrig. Hohes Fieber drei Monate hindurch mit einzelnen Remissionen. Zystoskopie: Blase normal. Ureterenkatheterismus: Links und rechts Eiter. Diagnose: Pyelitis oder Pyelonephritis. Wohl aber Pyelitis, weil das Kind trotz monatelangen Fiebers sich sehr wohl befindet. Das Kind kam allmählich ohne irgendwelche Eingriffe zur Heilung. Das bringt mich auf die Prognosenstellung. Die Prognose ist in jedem Falle schwer zu stellen, weil wir nicht mit Sicherheit zwischen Pyelitis und Pyelonephritis unterscheiden können. Ebenso verschieden wie diese beiden Erkrankungen ist aber auch die Prognose. Von den Pyelonephritisfällen, selbst von den Formen mit miliaren Abszessen, kommt auch eine Anzahl zur Heilung, aber doch nicht in dem Prozentsatz, wie bei einfacher Pyelitis. Diese heilt bei Kindern in den meisten Fällen, ob man dagegen etwas tut oder nicht. Es ist dann hier gefragt worden: was wird aus den Fällen? Diese Frage hat auch mich schon seit langem beschäftigt. Ich glaube, die meisten Fälle kommen nicht nur mit dem Leben davon, sondern heilen auch vollständig aus. Ich schließe das daraus, daß ich bei jugendlichen Patienten, Mädchen und jungen Leuten von 16—20 Jahren, die wegen schwerer Nierenaffektionen zu mir gekommen sind, niemals einen kontinuierlichen Zusammenhang mit der Kindheit nachweisen konnte, von kongenitalen Mißbildungen abgesehen. — Noch ein paar Worte über die Therapie. Langstein legt großen Wert auf die Harnantiseptika. Ich glaube, sie sind, besonders das Salol, nützlich in allen akuten Fällen. Bei chronischen Fällen aber nur, wenn es sich um Exazerbationen handelt. Bei Erwachsenen wird jetzt die Vakzinationstherapie viel geübt, oft mit Erfolg. Bei einem Fall wie dem demonstrierten würde man beim Erwachsenen, wenn eine Vakzinationsbehandlung erfolglos, Nierenbeckenspülungen versuchen. Sie sind harmlos und leisten gelegentlich Erstaunliches. Beim Kinde habe ich darüber keine Erfahrungen.

Fraenkel: Unter den etwa 200 Pyelitisfällen, die ich gesehen habe, waren fast 10% Knaben, und zwar fast alles Säuglinge. Unter diesen Kindern handelte es sich in zwei Fällen um Säuglinge, die im Anschluß an einen Keuchhusten erkrankten. In diesen Fällen kam es zu einem guten Ausgang. Ferner beobachtete ich zwei Fälle, die im Anschluß an eine Skarlatina erkrankten; in beiden Fällen habe ich vom ersten Tage der Behandlung an Urotropin gegeben. Außer diesen Kindern sah ich noch 4 Kinder mit hämorrhagischer Pyelitis, 2 Mädchen und 2 Knaben, das waren ältere Kinder, außerdem noch zwei kleine weibliche Säuglinge, die hämorrhagische Pyelitis hatten. Da waren die subjektiven Beschwerden außerordentlich schwere. Infolgedessen mußte ich natürlich daran denken, daß es sich eventuell um Steine handelte. Alle diese hämorrhagischen Fälle heilten auch sehr gut aus — auch die beiden Scharlachfälle — innerhalb von noch nicht ganz sechs Wochen, vollkommen tadellos. Ich habe die Kinder ein, zwei Jahre später wieder gesehen und konnte feststellen, daß sie keine Spur mehr von der Erkrankung zurückbehalten hatten. Was die Prognose anbetrifft, so sind die Zahlen von Langstein etwa auch die, die ich beobachtet habe, eventuell sind noch mehr als 90% von den Kindern geheilt worden.

Julius Lewin: Ich möchte Langstein fragen, ob er die Urine auch auf ihre Reaktion geprüft hat. Ich habe gefunden, daß Salol bei alkalischem Harn gut wirkte, während im sauren Harn Urotropin gute Wirkung hatte.

Rosenstern: Der Vortragende hat auf eine besondere Form der Pyelitis hingewiesen, deren wesentliches Merkmal eine Hämaturie darstellt. Wir verfügen über analoge Beobachtungen. Wir konnten — Untersuchungen mit Dr. Castro — feststellen, daß sich bisweilen an die Pyelitis des Säuglingsalters eine mehr oder weniger langdauernde Hämaturie anschließt, allerdings nur eine mikroskopisch nachweisbare. Es finden sich im Zentrifugat pro Gesichtsfeld 2—4—8 bis 12 Erythrozyten, anderweitige pathologische Elemente, insbesondere Zylinder und Albumen, fehlen, nur vereinzelt sind Leukozyten nachzuweisen. Diese „Haematuria minima", wie wir sie nennen, kann Wochen und Monate dauern, das Gedeihen braucht dabei nicht gestört zu sein. Der weitere Verlauf ist verschieden:

die Hämaturie kann verschwinden, es kann auch wieder — das wurde nicht selten beobachtet — ein Übergang in Pyelitis stattfinden. Das Aussehen der Erythrozyten — starkes Ausgebauchtsein, Stechapfelformen — spricht nebst anderen klinischen Merkmalen dafür, daß der Sitz der Hämaturie wahrscheinlich in die Nieren zu verlegen ist. Große diagnostische Schwierigkeiten ergeben sich nun in den Fällen, wo man ohne Kenntnis der vorangegangenen Pyelitis die Hämaturie feststellt. Da es sich meist um schwächliche, blasse, appetitlose, etwas empfindliche Säuglinge handelt, so denkt man in erster Linie an forme fruste von Barlowscher Krankheit, weiterhin bei Versagen der antiskorbutischen Therapie an Tuberkulose, Steine usw., bis vielleicht der Übergang in Pyelitis die wahre Ursache der Hämaturie verrät. Bei systematischen Untersuchungen im Verlauf und im Anschluß von Infektionen des Säuglingsalters überhaupt hat sich nun weiterhin ergeben, daß eine „Hämaturia minima" nicht selten auch bei und nach anderen Infekten anzutreffen ist. In eindeutiger Weise war dieser Befund bei der Vakzination zu erheben. Es reagierten hier insbesondere diejenigen Säuglinge, welche früher Erythrozyturie gezeigt hatten, mit einem Rezidiv des Urinbefundes. Was später aus den Kindern mit Hämaturie wird, ob sie etwa Kandidaten für ernstere Nierenaffektionen darstellen, kann erst durch jahrelang fortgesetzte Untersuchungen festgestellt werden. Die Befunde ähneln sehr den Herbstschen Beobachtungen, die das nicht seltene Vorkommen einer mikroskopischen Hämaturie im späteren Kindesalter ergaben.

Czerny berichtet, daß Dr. Schiller an der Breslauer Kinderklinik das Schicksal der Kinder, welche eine sogenannte Pyelitis durchgemacht haben, nach Ablauf von mehreren Jahren verfolgte und dabei niemals irgendwelche Folgezustände nachweisen konnte. Die Heilung einer Pyelitis ist demnach eine vollständige und dauernde. Vortr. weist ferner darauf hin, daß man in der Pädiatrie anfangs nur von Cystitis, und später nur von Pyelitis sprach. Er selbst ist überzeugt, daß es sich in den Fällen mit saurem Harn um Nephritis handelt. Er konnte in letal verlaufenden Fällen stets miliare Abszesse in den Nieren nachweisen, welche in manchen Fällen schon makroskopisch, in anderen nur mikroskopisch nachweisbar waren und ihren Sitz an der äußeren Peripherie der Niere hatten. Gegenwärtig sprechen auch die Befunde der Zystoskopie dafür, daß nicht die Blase und das Nierenbecken, sondern die Niere erkrankt ist. Die Abszesse in der Niere lassen sich als etwas Primäres oder Sekundäres im Krankheitsbilde auffassen. Die meisten Kliniker vertreten das letztere. Die Ansicht, daß es bei Kindern zu einer Cystitis, dann zu einer Pyelitis und schließlich aufsteigend zu einer Nephritis kommt, ist unbewiesene Hypothese. Das, was gegenwärtig als Pyelitis bezeichnet wird, ist kein ätiologisch einheitlicher Prozeß. Dies beweisen die bakteriologischen Untersuchungen. Sobald aber verschiedene Bakterien an dem Krankheitsbilde beteiligt sind, dürfen wir auch mit ein und derselben Therapie nicht in allen Fällen gleiche Erfolge erwarten. Ein Teil der Differenzen in den therapeutischen Erfahrungen erklärt sich sicher dadurch, daß zur Zeit der Erkrankung die Ernährung verschiedenartig geleitet wird. Überdies muß berücksichtigt werden, daß das Krankheitsbild der sogenannten Pyelitis nicht nur in bakteriologischer Beziehung verschiedenartig ist, sondern daß es sich in manchen Fällen wahrscheinlich um Nephritiden, in anderen um Pyelitiden handelt, welche durch Harnsäurekonkremente, die durchaus keine Seltenheiten sind, zustande kommen.

Eckert: Bezüglich der Prognose der Pyelitis möchte ich erwähnen, daß wir in der Charitékinderklinik in den letzten fünf Jahren nur dreimal Fälle zur Sektion bekommen haben, in denen die Todeskrankheit eine Entzündung der Ausführungswege der Nieren war. Bei einem dieser Fälle handelte es sich um eine gonorrhoische Infektion, und bei den beiden anderen um angeborene Erweiterung der Ureteren bzw. des Nierenbeckens, also um einen angeborenen Bildungsfehler. Bei zwei weiteren Fällen, die wir klinisch nach dem Befunde des Urins als Cystopyelitis ansprachen, zeigte die Sektion vollkommen freie Ausführungsgänge, dagegen in dem einen Falle in der Niere Eiterherde und bakterielle Ausscheidungsherde, in dem anderen eine vollständige Eiterniere. Die Miterkrankung der Nieren scheint demnach nur selten zu einem ungünstigen Ausgang zu führen. Bei ausschließlicher Erkrankung der Ausführungswege der Niere hängt die Prognose ab vom Vorhandensein angeborener Bildungsfehler.

Baginsky: Ich habe in einigen Fällen den Pyozyaneusbazillus als Ursache sehr schwerer Cystitis- und Pyelonephritiserkrankung gefunden. Ich weiß augen-

blicklich nicht, ob alle diese Fälle starben; aber so weit steht doch der Eindruck dieser Erkrankung bei mir fest, daß man den Pyozyaneusinfektionen gegenüber auf der Hut sein muß. Sie können aber allein schon daraus erkennen, wie different die Fälle wohl sind, sowohl was die Pathogenese wie auch die Prognose betrifft.

Finkelstein: Ich möchte nur ihrer praktischen Wichtigkeit halber eine Bemerkung machen, die sich auf die Bedeutung der Zufuhr von reichlicher Flüssigkeit bei schwerer Pyelitis bezieht. Czerny deutete an, daß er es nicht für besonders wichtig hält, den Kindern reichlich Wasser zuzuführen. Ich verfüge nun über die folgende Beobachtung: Wir haben früher eine ganze Reihe von Sektionen schwerer eitriger Affektionen der Harnwege mit Beteiligung der Niere gemacht. Seit der Zeit, wo wir die Wassertherapie energisch betreiben, bin ich aber nicht mehr in der Lage gewesen, ein frisches Sektionspräparat in meinen Kursen vorzustellen. Dieses im Verein mit der eklatanten Veränderung des Krankheitsbildes bei entsprechendem Verhalten begründet bei mir die feste Überzeugung, daß eine systematische Wassertherapie die Prognose im akuten Stadium in hervorragender Weise bessert, und ich glaube nach meinen jetzigen Erfahrungen, daß die Mehrzahl der Kinder, die ich früher in diesem Stadium verloren habe, durch Forcierung der Flüssigkeitszufuhr hätte gerettet werden können. Die wenigen Todesfälle aus den letzten Jahren, die ich zu verzeichnen habe, betrafen meiner Erinnerung nach nur solche Kinder, bei denen irgendwelche schwere angeborene Mißbildungen, namentlich der Blase, der Ureteren, oder des Nierenbeckens vorlagen, oder solche, bei denen Komplikationen anderer Art — Pneumonie usw. — konkurrierten. Die Ernährung bildet ein Kapitel für sich, und zwar ein recht schwieriges. Ob man viel oder wenig geben soll, ob man zwangsweise füttern darf oder hungern lassen soll — das ist in jedem Falle und in jedem Stadium besonders zu entscheiden, und oft ist die Entscheidung nicht leicht. Ich will darauf nicht eingehen. Mir lag nur daran, energisch zu betonen, daß für mich gar kein Zweifel besteht, daß eine einigermaßen hinreichende Deckung des Wasserbedarfs unter allen Umständen angestrebt werden muß.

Langstein (Schlußwort): Ich möchte mich trotz der vielen, zum Teil neuen Gedanken, die in der Diskussion vorgebracht wurden, ganz kurz fassen, weil ich überzeugt bin, daß wir uns über die wichtigste heute vorgebrachte, von der meinigen differente Anschauung, doch nicht einigen werden. Ich möchte zunächst auf die Frage antworten, ob ich bezüglich der Wirkung des Urotropins bei alkalischer und bei reiner Reaktion des Harns einen Unterschied gefunden habe. Obwohl ich darauf geachtet habe, ist mir ein deutlicher Unterschied nicht zu Bewußtsein gekommen. Dann möchte ich mit ein paar Worten auf die hämorrhagische Form eingehen. Ich glaube, daß das, was ich als hämorrhagische Form bezeichnet habe, etwas anderes ist, als was Kollege Rosenstern als „hämorrhagische Form" bezeichnet hat. Er hat Fälle angeführt, in denen der Harnbefund allmählich hämorrhagisch wurde. Ich meinte die Fälle, die so begonnen haben. Ich bin auch tatsächlich nicht ganz sicher, ob die Fälle Rosensterns wirklich Pyelitiden sind oder ob nicht bei seinen „hämorrhagischen Formen" Nierenblutungen anderer Ätiologie eine Rolle spielen. Nun, den wichtigsten Einwand hat ja Czerny in die Diskussion geworfen, indem er erklärt hat: es gibt keine Pyelitis, es gibt nur eine Nephritis. Er hat dabei auf eine Arbeit verwiesen, die er mit Moser gemacht hat und die mir ganz wohl bekannt ist. Soweit ich im Bilde bin, handelte es sich dabei um eine Untersuchung über die enteralen Infektionen bei jungen Kindern mit Übergang von Bakterien in die Blutbahn und mit sekundärer Infektion der Nieren. Wenn ich mich weiter recht erinnere, hat Czerny die Auffassung vertreten, daß auch die Albuminurie der Neugeborenen mit dieser Affektion in irgendeinem Zusammenhange steht. Er glaubt nicht, daß es zunächst eine Zystitis, dann eine Pyelitis und dann eine Nephritis gibt, sondern ist der Meinung, daß diese Bakterien auf dem Blutwege primär in die Niere einwandern und da Veranlassung zu einer Entzündung geben. In dieser Beziehung besteht eine Ähnlichkeit zwischen Czernys und meiner Auffassung. Gerade aus dem von mir betonten Zusammenhang der Pyelitis mit den akuten Infektionskrankheiten habe ich die Möglichkeit hämatogener Entstehung abgeleitet. Ich habe ferner der Meinung Ausdruck gegeben, daß vielleicht häufiger als man glaubt eine direkte Überwanderung vom Darm vorhanden ist. Czerny denkt offenbar in erster Linie an enterale Infektionen als Ursache. Trotzdem jedoch müssen wir zwischen Pyelitis und Nephritis streng scheiden — auch wenn nicht immer der Kolibazillus

die Ursache ist. Und wenn Czerny als Beweis für seine Auffassung anführt, daß er bei allen Fällen, die zur Sektion gekommen sind, Abszesse in den Nieren gefunden hat, so kann die Erklärung eine andere sein: diese Abszesse sind eben das letzte Glied in der Entwicklung der aufsteigenden Pyelitis gewesen. Und auch Klinik und Erfolge der Therapie sprechen dafür, daß es sich nicht um Nephritis, sondern um Pyelitis handelt. Nur 10—20% bleiben durch Salol und Urotropinpräparate unbeeinflußt, 90% der Fälle ungefähr gelangen nach meiner Erfahrung in etwa vier bis sechs Wochen zur vollständigen Abheilung. Es gelingt fast in allen Fällen, innerhalb der ersten acht Tage die schweren akuten Erscheinungen bis auf ein Minimum zu reduzieren und den Harn fast ganz zu klären. Eine derartige medikamentöse Beeinflußbarkeit kennen wir aber bei der Nephritis nicht. Trotz der ätiologischen Vielheit müssen wir an der klinischen Einheit festhalten, und wenn Czerny sagt: Pyelitis ist Nephritis, so möchte ich zu Protokoll geben: Pyelitis ist Pyelitis.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Lehmann: **Vorstellung eines Falles von Sarkom der Tibia, der im Samariterhaus zu Heidelberg erfolgreich behandelt wird.** Das damals 8 jährige Kind E. W. erkrankte im August 1912 subakut mit fieberhaft auftretenden, abwechselnd größeren und kleineren Schwellungen der Tibia im oberen Drittel und der Nachbarweichteile (Musc. tibialis anticus). Die Schmerzhaftigkeit war gering, dann wieder ganz verschwunden, und das Kind konnte nach einiger Zeit Bettruhe wieder aufstehen. Damals Diagnose: Periostitis. Im September wieder geringe Schwellung, und da Pseudofluktuation vorhanden zu sein schien, Probepunktion, ohne Resultat. Dann wieder Besserung. Erst anfangs Oktober wieder Vermehrung von Schmerzen und Schwellung; darum Verdacht auf Osteomyelitis chron. oder tuberculosa und Röntgenaufnahme, die einen zentralen Herd im oberen Drittel der Tibia ergab (Demonstration). Am 8. X. Probeinzision (Dr. Kopp). „Bei der Operation zeigte sich der Knochen auf eine Länge von etwa 7 cm oberflächlich zerstört. Mit scharfem Löffel und Meißel wurde die ganze Strecke freigelegt, ohne daß es gelang, eine Verbindung mit dem Knocheninneren festzustellen. Zwischen Muskeln, Faszien usw. drang an verschiedenen Stellen eine Art Tumorgewebe von weißlicher Farbe hervor, das ebenfalls mit dem scharfen Löffel entfernt wurde." Naht. Das untersuchte, fremdartige Gewebe ergab sehr zellreiches, klein- und spindelzelliges, myxomatöses Sarkom (Demonstration), dessen Natur von Herrn Prosektor Dr. Reinhard für besonders bösartig erklärt wurde. Drüsenschwellungen waren weder in der Kniekehle noch in der Leiste zu fühlen. — Das Kind wurde nun nicht amputiert oder exartikuliert, auch sah man von einer Exstirpation der Tibia mit Ersatz durch die Fibula ab, sondern überwies das Kind dem Heidelberger Samariterhaus. Hier wurden bei dem Kinde in intermittierender Behandlung die verschiedensten chemischen und lichttherapeutischen Maßnahmen verwandt: zunächst Neosalvarsan intravenös, ebensolche Infektionen von Mischungen von Cholin mit Selenvanadium, sodann Einspritzungen von Enzytol (borsaurem Cholin), endlich nebenher Röntgenbestrahlungen und Mesothorium (228 mg-Stunden).

Der Erfolg ist ein glänzender: Das Kind erscheint gesund, hat zugenommen, geht uneingeschränkt zur Schule, wenn es nicht zur Behandlung nach Heidelberg fährt, läuft und springt wie jedes andere Kind, weist keinerlei Drüsen oder Schmerzhaftigkeit auf und das Röntgenbild ist ohne jedes Merkmal der Krankheit, der Knochenherd ist verschwunden und der Tibiarand ist nicht etwa eingeschmolzen, sondern erscheint gegenüber der Aufnahme nach der Operation deutlich regeneriert.

Üble Nebenwirkungen der Behandlung haben sich nicht ergeben, die Mesothoriumverbrennung der Haut, die zweimal auftrat, war beidemal ganz oberflächlich, bewirkte nur eine ganz seichte Hautabschürfung und heilte sehr schnell.

Es ist also ein seit $^5/_4$ Jahren bis zum Verschwinden aller Erscheinungen erfolgreich behandelter Fall eines sehr zellreichen Knochensarkoms, und man darf wohl annehmen, daß dieses Mädchen ein Paradefall des Heidelberger Instituts bleiben wird.

(**Ärztl. Verein in Frankfurt a. M., 1. Dezember 1913. — M. m. W. 1914 Nr. 4.**)

Guleke: **Operativ geheilte kongenitale Pylorusstenosen.** Zwei Säuglinge in äußerster Inanition (bei ihnen war das Geburtsgewicht von 3500 g auf 2070 resp. 2700 g in 6 resp. 4 Lebenswochen heruntergegangen) werden nach der Rammstedtschen Methode operiert (Längsspaltung der hypertrophischen Pylorusmuskulatur bis auf die Submukosa, ohne Übernähung des Spaltes mit Serosa). Beide überstanden den etwa zehn Minuten dauernden Eingriff (in Narkose!) trotz ihres elenden Zustandes gut und erholten sich vom Moment der Operation an so gut, daß sie jetzt nach 1/2 resp. 3/4 Jahren von gleichaltrigen normalen Kindern nicht zu unterscheiden sind. Der Eingriff stellt gegenüber der früher gebräuchlichen Pyloroplastik und Gastroenterostomie eine wesentliche Vereinfachung dar und kann zur weiteren Anwendung empfohlen werden.
(Unterelsäßischer Ärzteverein in Straßburg, 8. November 1913.)

IV. Neue Bücher.

E. Feer, **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** Jena, G. Fischer. Preis M. 12.

Das vortreffliche Lehrbuch, dessen Bearbeiter, außer dem Herausgeber Finkelstein, Ibrahim, L. F. Meyer, Moro, v. Pirquet, v. Pfaundler, Thiemich, Tobler sind, liegt in 3. Auflage vor (die erste erschien 1913). Trotz des großen Erfolges, den das Werk mit Recht gehabt hat, wurden in der Neuauflage überall Verbesserungen und Ergänzungen geschaffen, eine größere Anzahl neuer Abbildungen hinzugefügt. Noch mehr als vorher dient daher das Buch für Studierende und Ärzte als zuverlässiger Führer und Berater. Grätzer.

Brauer, **Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung.** Würzburg, C. Kabitzsch.

Die beiden ersten Hefte von Bd. III sind als Festschrift dem Eppendorfer Krankenhause gewidmet. Der starke Band (Preis M. 15) enthält eine große Anzahl interessanter und bedeutender Arbeiten, von denen wir folgende erwähnen wollen: Meinshausen: „Die Abstoßung der Diphtheriemembranen", Schottmüller: „Bedeutung der bakteriologischen Blutuntersuchung bei otogener Sepsis", Poensgen: „Behandlung schwerer Scharlachfälle mit Salvarsan", Barfurth: „Keimgehalt von Foeten bei Abort und Frühgeburt", Schottmüller: „Staphylomykose der Luftwege und Lunge im Kindesalter", Voretzsch: „Welche Rolle spielt die Schule bei der Entstehung von Scharlachepidemien?", Fränkel: „Dialysierverfahren und Wa.R." Dies nur eine kleine Auslese des Gebotenen.
Grätzer.

Dr. W. Hirt. **Das Leben der anorganischen Welt.** München, E. Reinhardt.

Ein interessantes Buch, das, nachdem kurz Allgemeines über „Leben" abgehandelt ist, das Leben der anorganischen Welt: Atmung und Ernährung, Hautbildung, Fortpflanzung, Anpassungsvorgänge, Krankheiten usw. bespricht, eine Vergleichung von seelischen Vorgängen mit Vorgängen in der anorganischen Welt bringt, also einen reichen Inhalt hat. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

1. **Adler, E.,** Die Leukämie der Säuglinge (Heidelberg). — 2. **Dick, L.,** Vier metallische Fremdkörper der Bronchien bei Kindern (Gießen). — 3. **Durst, J.,** Einfluß von Scharlach und Masern im Kindesalter auf das Gehörorgan (Würzburg). — 4. **Ernwein, L.,** Zur Frage der Dauerresultate bei klinisch behandelten Säuglingen (Freiburg). — 5. **Feldmann, H.,** Zur Frage der Entwicklung unehelicher

Kinder im ersten Lebensjahre unter Berücksichtigung des Säuglingsfürsorgesystems in Kiel (Kiel). — 6. **Glickmann, E.**, Hernia diaphragmatica congenita vera (München). — 7. **Gordin, E. S.**, Plethysmographische Untersuchungen über die Wirkung thermischer Einflüsse auf das Gefäßsystem des Kindes (Straßburg). — 8. **Graefe, G.**, Tuberkulose des weiblichen Geschlechtsapparates im Kindesalter (Halle). — 9. **Hack, Chr.**, Zur Geschichte der Säuglingskrankheiten im Altertum (Jena). — 10. **Heinze, J.**, Operative Behandlung der angeborenen Gaumenspalte (Berlin). — 11. **Kaznelson, R.**, Klinische Untersuchungen über Asymmetrie des Schädels bei Neugeborenen (München). — 12. **Leser, O.**, Fall von Hypertrophia glandularum sublingualium congenita (Leipzig). — 13. **Markus, M.**, Scheidenplastik aus dem Rektum bei angeborenem Scheidendefekt (Leipzig). — 14. **Overhoff, E.**, Zur pathologischen Anatomie und Pathologie der Irideremia totalis congenita (Rostock). — 15. **Paulmann, O.**, Zur Frage der Abnabelung und der Versorgung des Nabelschnurrestes (Kiel). — 16. **Raymann, W.**, Gefährdung des ungeborenen Kindes speziell beim engen Becken (Freiburg). — 17. **Reckmann, L.**, Zur Therapie der kongenitalen Luxation des Kniegelenkes (Würzburg). — 18. **Ritscher, V.**, Kongenitale Nierendystopie (München). — 19. **Roemer, E.**, Über hereditären Nystagmus (Leipzig). — 20. **Schlesinger, B.**, Zur Kenntnis der Psychosen im Kindes- und beginnenden Pubertätsalter (Leipzig). — 21. **Schmitz, K. E.**, Zur Kenntnis der Diphtherie- und sogen. Pseudodiphtheriebazillen (Berlin). — 22. **Schomann, H. A.**, Veränderungen des Hornhautzentrums bei angeborenen Hornhauttrübungen (Rostock). — 23. **Skibinski, A.**, Das Körpergewicht von Münchener Schulkindern (München). — 24. **Stommel, A.**, Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach bei der internen Tuberkulose der Kinder (Gießen). — 25. **Weinberg, A.**, Fall von partiellem angeborenen Riesenwuchs der rechten unteren Extremität mit gleichzeitiger Hüftgelenksluxation (Leipzig). — 26. **Werlich, G.**, Myocarditis syphilitica congenita (Kiel). — 27. **Zeckwer, C.**, Zur Ätiologie der Melaena neonatorum (Leipzig).

V. Monats-Chronik.

Berlin. Ein Ministerialerlaß vom 6. Juli weist die Kreisärzte und den Ärzte-Kammerausschuß auf Gutachten der Geheimräte Gaffky und Heubner sowie der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen hin, wonach aus den Laboratoriumsversuchen über Anaphylaxie kein Grund zu entnehmen sei, um von der bisher in der Praxis geübten Anwendung des Diphtherieserums zu vorbeugenden und heilenden Impfungen abzugehen. Empfohlen wird jedoch, für Schutzimpfungen nur kleine Dosen, und zwar im allgemeinen 100 Immunisierungseinheiten, zu nehmen.

München. Dr. Erich Benjamin hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Göttingen. Dr. Blühdorn hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

19. Jahrgang. 1. Oktober 1914. Nr. 10.

I. Originalbeiträge.

Sektionsbefunde der letztvergangenen Jahre aus einem römischen Kinderkrankenhause.[1])

Von

Sanitätsrat Dr. **Kronecker**,

Berlin-Steglitz.

Die hier gebotene Sektionsstatistik dürfte dem deutschen Kinderarzte mancherlei Interessantes bieten, namentlich in bezug auf einen Vergleich des entsprechenden, aus größeren deutschen Kinderhospitälern stammenden Materials mit den römischen Verhältnissen. In der Zeit vom 1. Januar 1912 bis zum 31. Dezember 1913 wurden in der Leichenhalle des bekannten römischen Krankenhauses[1]) im ganzen 378 Kinderleichen seziert. Dieselben stammten aus der Inneren, der Chirurgischen Abteilung und den Infektionspavillons des Hospitals. Genaue mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen schlossen sich an, und häufig wurden Leichenteile dem Pathologischen Institute der Universität Rom überwiesen, sobald die Deutung der Befunde auf irgendwelche Schwierigkeiten stieß.

Bei Betrachtung der einzelnen Todesursachen, welche wir in der üblichen Weise nach Organsystemen geordnet finden, fällt uns zunächst der ungemein hohe Prozentsatz der Todesfälle an Krankheiten der Respirationsorgane auf, nämlich 175 bei einer Gesamtzahl von 378, also nicht viel weniger als 50 %. Eine auffällig geringe Rolle spielen hierbei die Affektionen der oberen Luftwege, des Larynx und der Trachea, welchen nur 6 Kinder erlagen. Dabei handelte es sich 5 mal um Diphtherie und einmal um nichtdiphtherische Laryngitis. Da in den Jahren 1912 und 1913 im Krankenhause „Kind Jesu" rund 200 diphtheriekranke Kinder behandelt wurden, müssen wir einen Verlust von nur 5, d. h. eine Diphtherie-Mortalität von 2,5 %, als außerordentlich günstig ansehen. Der Autor glaubt dieses schöne Resultat auf Rechnung der ärztlichen Leitung und der vorzüglichen Pflege seitens eines gut vorgebildeten, hochintelligenten und gewissenhaften Wartepersonals setzen zu dürfen. Zugegeben, daß in Rom mit seiner liberalen, feingebildeten Bevölkerung die ein-

---

[1]) Nach Ugo Mancini: Il servicio necroscopico nel' Ospidale del „Bambino Jesu" (Rom) negli anni 1912 e 1913. Mitgeteilt in: „Rivista Ospidaliera Giornale di Medicina e Chirurgia".



schlägigen Verhältnisse in dieser Beziehung ganz besonders günstig liegen, so scheint es sich hier doch auch um eine ungewöhnlich leichte Epidemie gehandelt zu haben.

Sehr viel schlimmer liegen die Dinge in bezug auf die Erkrankungen der Bronchien und der Lungen, welchen nicht weniger als 141 der Kinder zum Opfer fielen, d. h. mehr als $^1/_3$ der Gesamttodesfälle. Beinahe die Hälfte der letzteren, nämlich 67, starben an Bronchopneumonie nach Masern, und zwar fanden sich meist akute bronchiektatische Herde in den Ober- und noch häufiger in den Unterlappen der Lungen. Dabei waren die tracheobronchialen Lymphdrüsen meist stark geschwollen und nicht selten auch tuberkulös verändert und verkäst. Als eine bemerkenswerte Komplikation konstatierte man in mehreren Fällen von Masernbronchopneumonie eine Enterocolitis follicularis, mehr oder minder hohen Grades, einige Male mit Ulzerationen, sowie bisweilen auch eine Hepatitis degenerativa partialis oder diffusa. Auch Nephritis war hier und da vorhanden, von der einfachen parenchymatösen Form bis zu ausgedehnten Zerstörungen des Nierengewebes. Wenn uns diese exorbitant hohe Ziffer von tödlich verlaufenden Masernbronchopneumonien überrascht, der wir auch in anderen Krankenhäusern sowie in der übrigen Kinderpraxis der italienischen Hauptstadt begegnen, so dürfen wir kaum fehlgehen, wenn wir dieses Faktum zu Lasten des römischen Klimas schreiben. Die Abende und Nächte sind in der Siebenhügelstadt, namentlich während der langen Übergangsjahreszeiten, empfindlich kalt. Sobald die Sonne unter dem Horizont verschwindet, sinkt die Temperatur rapide, eine Erfahrung, der auch der Erwachsene, namentlich der Fremde, durch Anlegen warmen Unterzeugs Rechnung tragen muß, wenn er seine Sorglosigkeit nicht mit einer häufig recht schweren Erkrankung büßen will. Daß der zarte Organismus des Kindes hierdurch noch viel mehr in Mitleidenschaft gezogen wird, liegt auf der Hand. Dazu kommt, daß das Leben des leichtblütigen Südländers, nicht zum wenigsten dasjenige des Kindes, während des Tages, sobald es die Jahreszeit irgend gestattet, sich ausschließlich auf der Straße abspielt. Die Masern verlaufen leicht und werden bei den Kindern des Volkes vielfach übersehen. Während der Inkubationsperiode liegt das Kind vielleicht matt und krank zu Hause. Sobald indessen das Exanthem heraus ist, befindet es sich wieder wohl und spielt auf der Straße herum. Die kleienförmige Desquamation wird von den Müttern erst recht nicht beachtet. Kein Wunder, wenn es jetzt in der Abendkühle zu schwerer Erkältung und zum Ausbruche der vielfach letal verlaufenden Masernbronchopneumonie kommt. Demgegenüber fällt die Zahl von 7 tödlichen Bronchopneumonien nach Pertussis kaum ins Gewicht. Keuchhusten ist in Italien viel weniger verbreitet als in Deutschland, auch ist sein Verlauf dort ein leichterer, die Komplikationen, vor allem seitens der Lungen, seltener. Bei den vorliegenden Fällen handelte es sich fast durchweg um mehr oder weniger rachitische Kinder. Groß ist aber wiederum die Ziffer der an kruppöser Pneumonie zugrunde gegangenen Kinder, nämlich 32, d. h. ca. $8^0/_0$ der Gesamtmortalität. Indessen handelte es sich hier fast durchweg um schlecht genährte, rachitische Individuen.

Einige derselben stammten aus der Campagna di Roma und hatten Malaria durchgemacht. Nur ganz wenige waren bei vorher guter Gesundheit an ihrer kruppösen Pneumonie erkrankt. 4mal handelte es sich um doppelseitige, 4mal um rechtsseitige und 13mal um linksseitige lobäre Pneumonie. Weiter sind 18 Fälle tödlich verlaufene Lungenphthise bei Kindern unter 5 Jahren zu erwähnen, wobei 7mal chronische Prozesse mit Kavernenbildung, 5mal käsige Pneumonie auf tuberkulöser Basis und 6mal floride Bronchopneumonia tuberculosa zur Beobachtung gelangten. Den Schluß der Todesfälle an Affektionen der Respirationsorgane bilden 10 Pleuritiden, und zwar 3 Fälle von sekundärer eitriger Pleuropneumonie mit Ausgang in Induration, 3 eitrige Pleuritiden nach Masernbronchopneumonie, ein analoger Fall als Folge von Pertussis-Bronchopneumonie und 2 Empyeme nach Pneumonia catarrhalis.

Erkrankungen der Zirkulationsorgane bildeten nur 5mal die Todesursache. Zu bemerken sind hier 2 angeborene Herzfehler. Bei dem ersten Kind, ein Mädchen von 9 Monaten, das schließlich einer katarrhalischen Bronchopneumonie erlag, konstatierte man ein ca. 60 g schweres Herz, dessen beide Ventrikel durch eine Öffnung im Septum kommunizierten und bei dem außerdem der Ductus Botalli persistierte. Ähnlich lagen die Dinge im zweiten Falle. Hier handelte es sich um ein 2jähriges Mädchen, bei dem die unmittelbare Todesursache in einer allgemeinen, von eitriger Tonsillitis ihren Ausgang nehmenden Sepsis bestand. An dem ca. 80 g schweren Herzen stellte man hier außer dem Offenbleiben des Ductus Botalli noch eine hochgradige Verengerung der Arteria pulmonalis fest, die offenbar auf entzündlichen Vorgängen im Herzfleische beruhte. Der kolossal hypertrophische rechte Ventrikel repräsentierte sozusagen ein Herz für sich. Zu diesen beiden Fällen kam als dritter eine chronische Endokarditis mit Insuffizienz und Stenose der Mitralis bei einem Knaben von 12 Jahren als Folge eines akuten Gelenkrheumatismus, ferner eine Hypertrophie und Dilatation des gesamten Herzens mit hochgradiger Degeneration des Myokards und der Papillarmuskeln, endlich eine chronische Endokarditis mit Insuffizienz der Aortenklappen und Myokarditis des linken Herzens bei einem 7jährigen Mädchen. Es fand sich hier nur eine Niere, die an normaler Stelle in der rechten Lendengegend lag und welche Nephritis chronica aufwies. Von dem Nierenbecken des großen, ca. 150 g schweren Organs nahmen 2 Ureteren ihren Ausgang, die in normaler Weise in die Harnblase mündeten. Der einzige sezierte Fall von Perikarditis suppurativa bot keine Besonderheiten dar. Auch von schweren Veränderungen der Gefäße auf atheromatöser und luetischer Basis, wie sie bei Erwachsenen eine so wichtige Rolle spielen, fanden sich bei einzelnen der obduzierten Kinder nur unbedeutende Spuren in Gestalt von kleineren oder größeren Flecken auf der Intima.

An Affektionen der blutbildenden und lymphatischen Organe waren 17 Kinder zugrunde gegangen, und zwar 2 an Anämia splenica, eines an Leukämie, 13 an Malariaanämie und eines an Kala-azar oder Splenomegalia Leishmania. In dem letztgenannten Falle handelte es sich um ein Mädchen von 6 Jahren, bei dem der ganze weiche

Gaumen sowie die Uvula nekrotisiert war. Auch bestand hochgradiges Ödem der Epiglottis, ferner ein enorm großer, 1052 g schwerer Lebertumor und ein ca. 400 g wiegender Milztumor.

An tödlich verlaufenen Krankheiten des Mundes und Rachens fanden sich 5 Fälle, nämlich eine Stomatitis gangraenosa mit Nekrose des Unterkiefers bei einem Knaben von 1 Jahre und 10 Monaten, ein Fall von Noma mit terminaler gangränöser Bronchopneumonie bei einem 2 jährigen Mädchen und 3 Fälle von Gingivitis ulcerosa, kompliziert durch Bronchopneumonie bei atrophischen und rachitischen Kindern.

An Affektionen des Magendarmkanals waren insgesamt 64 Kinder gestorben, und zwar ein 2 jähriger Knabe an Intussusceptio ileocoecalis und 42 Kinder an Enterocolitis follicularis. Bei allen diesen, die sämtlich während der in Rom mit Recht gefürchteten Spätsommer- und Frühherbstzeit erlegen waren, stellte man eine weit vorgeschrittene Degeneration des Leberparenchyms sowie eine mehr oder minder hochgradige Degeneration des Nierenparenchyms fest. Ferner gab es 4 Fälle von Colitis chronica ulcerosa mit schweren Veränderungen der Leber und der Nieren, 4 weitere Fälle von Colitis, kompliziert durch eitrige Cystitis, 14 Fälle von Typhus abdominalis, davon 2 mit akuter Perforationsperitonitis, und 2 chronische tuberkulöse Peritonitiden mit ausgedehnten Verwachsungen und Verkäsungen der Mesenterialdrüsen.

An Leberkrankheiten waren nur 2 Kinder zugrunde gegangen. Bei dem einen Falle, einem 16 Tage alten Mädchen, war es zu einer septischen Thrombophlebitis der Vena umbilicalis mit nachfolgenden Embolien der Lebergefäße und pyämischen Herden in der Leber gekommen; bei dem anderen, einem 14 tägigen Säugling, der an Bronchiolitis gestorben war, bestand nebenbei Icterus neonatorum.

Um schwere Erkrankungen der Knochen handelte es sich bei 11 Kindern, und zwar bei 6 um Tuberkulose der Wirbelkörper mit Kompressionsmyelitis, bei 3 um tuberkulöse Karies des Femur, bei einem Kinde um Coxitis tuberculosa mit amyloider Degeneration der Leber, Milz und Niere und bei einem kleinen Patienten von 19 Monaten um Artrosynovitis purulenta des rechten Ellenbogens, kompliziert durch eine Pneumonie mit verzögerter Lösung.

Affektionen des Urogenitalsystems betrafen 14 Kinder. In 3 Fällen wurde eine akute Masernnephritis festgestellt. Alle drei waren im urämischen Anfalle geblieben. Bei acht weiteren Erkrankungen handelte es sich gleichfalls um Nephritis acuta aus verschiedenen Ursachen. Bei einem Kinde fand sich eine große weiße, bei einem zweiten eine große bunte Niere. Bei einem 16 Monate alten Knaben war neben einem allgemeinen nässenden Ekzem die linke Niere atrophisch; es bestand hier Nekrose mit Verkalkung der Nierenkapsel, während die 80 g wiegende rechte Niere sich mit akuter Nephritis behaftet zeigte. Endlich beobachtete man noch 3 Fälle von Nephritis chronica mit ausgesprochener Hypertrophie des Herzfleisches und ein Sarkom beider Nieren. Auffällig erscheint hier das vollkommene Fehlen der Scharlachnephritis. Damit stimmt die Tatsache überein, daß auch bei den akuten Infektionskrankheiten, wie wir

weiter unten sehen werden, Scharlach und Diphtherie gegenüber den Masern sehr wesentlich zurücktreten.

An tödlich verlaufenen Krankheiten des Zentralnervensystems waren insgesamt 41 Fälle zu verzeichnen. Hiervon kamen auf die Meningen im ganzen 27, und zwar auf Meningitis tuberculosa 21, auf Meningitis cerebrospinalis 2, und auf Thrombose des Sinus der Dura mater 4 Erkrankungen, von welch letzteren 2 durch Masern- und die beiden anderen durch Scharlachinfektion verursacht waren. Krankheiten des Gehirns betrafen weitere 12 Fälle, es handelte sich 3mal um Hydrocephalus chronicus, 2mal um Erkrankungen der Großhirnrinde, einmal um Hemiplegia spastica infantilis. In einem weiteren Falle fand sich eine starke Anomalie in der Entwicklung des Großhirns als zufälliger Befund bei einem an Bronchopneumonie verstorbenen 2 jährigen Knaben, in 3 weiteren beobachtete man große solitäre Tuberkeln im Innern des Großhirns als Metastasen der tuberkulös erkrankten peribronchialen Lymphdrüsen, und bei den letzten beiden Fällen handelte es sich um diffuse punktförmige Blutungen, verstreut durch das ganze Gehirn.

Das Rückenmark war zweimal erkrankt, einmal handelte es sich um eine operierte Spina bifida mit schlaffer Lähmung im Gebiete des Plexus sacralis und mit Lähmungen der Sphinkteren der Blase und des Mastdarms, im anderen Falle um Poliomyelitis anterior acuta.

Was nun schließlich die Infektionskrankheiten betrifft, so nimmt hier die Tuberkulose, die akute wie die chronische, weitaus die erste Stelle ein. Denn unter den hierhergehörigen 39 Fällen befanden sich 10 von allgemeiner akuter Miliartuberkulose und 16 von allgemeiner Tuberculosis chronica. Bei den übrigen 13 Erkrankungen handelte es sich zweimal um Erysipelas, 5mal um Septikämie aus verschiedenen Ursachen, vor allem als Folge eitriger Prozesse der Knochen, 3mal um Scharlach mit Diphtherie des Rachens und akuter Nephritis, einmal um hämorrhagische Morbillen und zweimal um akute Nephritis und Enterocolitis ulcerosa als Folgen einer Verbrennung II. resp. III. Grades.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Fritz Heller, Die Albuminurie neugeborener Kinder. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 3 u. 4. S. 303.) In der Literatur besteht eine erhebliche Verschiedenheit der Anschauungen über Vorkommen und Bedeutung der Eiweißausscheidung beim neugeborenen Kinde. Zum exakten Studium ist es notwendig, daß die Untersuchungen nur an im klinischen Sinne gesunden Kindern gemacht werden. Sie müssen längere Zeit an 24 stündigen Harnmengen ausgeführt werden. Die Methode des Harnauffangens muß einwandfrei sein. Unter Berücksichtigung solcher Kautelen hat Herbst an 31 gesunden ausgetragenen Kindern während der ersten 14 Lebenstage Untersuchungen durchgeführt.

Am	Tag				Eiweiß		Essigsäurekörper	
Am	1.	Tage	hatten	Eiweiß	22	Kinder,	Essigsäurekörper	23 Kinder
„	2.	„	„	„	25	„	„	26 „
„	3.	„	„	„	23	„	„	28 „
„	4.	„	„	„	19	„	„	24 „
„	5.	„	„	„	9	„	„	18 „
„	6.	„	„	„	6	„	„	11 „
„	7.	„	„	„	1	„	„	4 „

Am 8., 9.—14. Tag hatten Eiweiß 0 Kinder, Essigsäure 0 Kinder.

In den ersten Tagen ist der Essigsäurekörper nur in Spuren vorhanden, seine Menge steigert sich am 2. und 3. Tag, um dann allmählich, manchmal auch rascher zu verschwinden. Der Geburtsurin enthielt bei 43 untersuchten Fällen kein Eiweiß, mit Ausnahme von 2 Fällen mit minimalen Spuren. Es geht also aus den Untersuchungen einwandfrei hervor, daß der Harn des gesunden, neugeborenen Kindes bei der Geburt kein Eiweiß enthält. Die Albuminurie der Neugeborenen hat keine pathologische Bedeutung. Schick (Wien).

H. Neuhaus u. **G. Schaub,** Über die sogenannte Kuhmilchidiosynkrasie bei Säuglingen. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 3 u. 4. S. 310.) Ein gesundes Kind, das bis dahin gestillt wurde und überhaupt nur mit minimalen Mengen Kuhmilch gefüttert worden war, erkrankte bei der ersten Aufnahme einer größeren Menge Kuhmilch (270 g Drittelmilch — 90 g Vollmilch) unter schwersten Vergiftungserscheinungen (Erbrechen, Durchfälle, Körpergewichtsabnahme, Kollaps). Mit einer geringen Menge von Kasein gelingt es, nach der Erholung des Kindes einen dem ersten ähnlichen, aber schwächeren Anfall auszulösen. Ein Versuch mit Frauenmilchkasein löste kein wesentliches Krankheitssymptom aus. Mit der Molke ließ sich bei dreimaligem Versuch keine typische Reaktion hervorrufen. Nach einiger Zeit war die Idiosynkrasie nicht mehr nachweisbar.

Das negative Ergebnis der Versuche mit Kuhmilchmolke ist nach Besredka so zu erklären, daß die Molke antianaphylaktisch wirkt. Schick (Wien).

Savini-Castano u. Dr. **E. Savini,** Beitrag zur Ätiologie, Pathogenese und pathologischen Anatomie der Tay-Sachsschen familiären amaurotischen Idiotie. (Ztschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 6. S. 321.) Pathologisch-anatomische Studie am ganzen Nervensystem eines einschlägigen Falles. Das Kind, aus jüdisch-russischer Familie stammend, zeigte anscheinend vom 7. Lebensmonat an einen Stillstand in der Entwicklung der Intelligenz, einen deutlich vergrößerten Kopfumfang, eine völlige Amaurose mit typisch atrophischer Papilla nervi optici beiderseits und einer großen, bläulich weißen Macula lutea, die in der Mitte einen hirsekorngroßen, braunroten Punkt trug. Auf zufälliges Anrufen oder plötzliche laute Geräusche reagierte das Kind durch ein plötzliches, eigentümliches und schreckhaftes Zusammenfahren. Daneben wurden auch eigenartige tonische Krämpfe in Verbindung mit stimmritzenkrampfähnlichen Anfällen beobachtet. Es fand sich außerdem eine auffallende spastische Rigidität der Extremitätsmuskulatur im Gegensatz zu der eigentümlichen Schlaffheit der Rumpfmuskulatur, was ein haltloses Zusammensinken

des Körpers zur Folge hatte. Die meisten derartigen Fälle sind vor dem 2. Lebensjahre tödlich. Dieses Kind ist mit 2 Jahren, 2 Monaten und 17 Tagen an Masern gestorben. Die charakteristischen Befunde des Falles werden von den Autoren folgendermaßen zusammengefaßt:

Die fast vollständig fehlende Myelinisierung des ganzen Gehirns, was in diesem Grade bis jetzt noch bei keinem Fall von amaurotischer Idiotie erwähnt wurde. Es besteht sehr wahrscheinlich einerseits eine Bildungshemmung der myelinhaltigen Fasern, und andererseits ist wegen des degenerativen Prozesses das schon existierende Myelin zugrunde gegangen. Der rund- oder birnförmige Zustand der Nervenzellen, verbunden mit starker Aufblähung derselben. Es handelt sich um eine ausgesprochene, fast allgemeine Degeneration der sämtlichen Nervenzellen sowohl des vegetativen Gehirns, als auch des Denkgehirns der höheren psychischen Funktionen. Die Abwesenheit von Neurofibrillen und von zu verfolgenden Achsenzylindern. Man sieht nur sehr vereinzelte und kleine Bruchstücke von Achsenzylindern, die aber nicht in Kontinuität mit den Ganglienzellen stehen. Verfasser haben also weder Neurofibrillen noch Myelinfasern nachzuweisen vermocht. Es wäre nach Döllken ein Parallelismus in der Entwicklung der Neurofibrillen und der Myelinisierung des Gehirns, und diese Angabe könnte für eine Bildungshemmung in diesem Falle sprechen. Die Verfasser fügen aber noch hinzu, daß Cajal und Brodmann behaupten, daß die Neurofibrillen sehr frühzeitig entstehen, sich aber nur erst spät konstant und regelmäßig färben lassen. Eine starke Neuronophagie. Die von den Verfassern angegebenen Gefäßbilder mit ihrer zelligen Infiltration der erweiterten Lymphscheiden sind bis jetzt noch nicht beschrieben worden. Das Vorhandensein von Corpora amylacea in dem hinteren Teil des Gehirns, da, wo die edlen Elemente die stärksten Veränderungen aufweisen. Diese Amyloidkörperbildung findet besonders um die Gefäße der weißen Substanz herum statt; sie beweist nur, daß man es mit einem langsamen Degenerationsprozeß zu tun hat, was wohl auf eine allzu frühzeitige Seneszenz hinweist. Die Amyloidkörper entstehen wahrscheinlich aus Bruchstücken verquollener Achsenzylinder, denen vielleicht noch Reste von verändertem Mark anhaften.

Auf Grund dieser Befunde glauben Verfasser es in ihrem Falle mit größter Wahrscheinlichkeit mit einem degenerativen Prozeß zu tun zu haben, welcher aber ein noch unentwickeltes Gehirn getroffen hat. Es wäre also in erster Linie eine Entwicklungshemmung, denn dafür sprechen: die Form (birnförmige, teilweise noch rundliche), die Verminderung der Zahl und die Unordnung der Ganglienzellen (unvollkommene Abtrennung der Zellschichten der Rinde), die verminderte Fasernentwicklung und die starke Nichtmyelinisierung des ganzen Gehirns (besonders der Tangential- und Assoziationsfasern, der Pyramidenbahnen usw.), ferner die Nichtdifferenzierung der verschiedenen Gehirnzentren usw. Es könnte aber noch eine pathologisch-embryologische Entwicklung — eine Entwicklungsstörung — auf Grund irgendwelcher Ursache, wahrscheinlich endokriner Natur, in Betracht kommen. Verfasser nehmen nicht an, daß bei dieser Er-

krankung die Degeneration ein normal entwickeltes Gehirn getroffen hat, da in ihrem Falle alle Übergangsstufen, von der einfachen Entwicklungshemmung bis zu den schwersten Entartungsarten, anzutreffen sind. Diese Krankheit stellt also einen degenerativen Prozeß der zurückgebliebenen und gegen schädliche Einflüsse sehr empfindlichen Ganglienzellen dar. Das interstitielle Gewebe ist nur sekundär und sehr wenig verändert, die Gefäße führen einfach die Resorptionsprodukte der degenerierten Zellen ab, so daß sie nur eine minimale fibröse Reaktion zeigen. Schick (Wien).

H. Scheible, Zur enteralen Infektion im Säuglingsalter. (Jahrb. f. Kindhlk. 79 (3. Flge 29. Bd.) S. 507.) In einem Säuglingsheim erkrankten von 20 Säuglingen 16 gleichzeitig an akuter Ernährungsstörung: Blässe, Appetitlosigkeit, Durchfälle, Fieber. Parenterale Infektion auszuschließen. Es muß sich um enteralen Infekt unbekannter Natur handeln. Die Fälle werden zur Diskussion gestellt. Husler (München).

A. Spiecker, Beiträge zum Studium der hereditären Lues des Nervensystems. (Friedreichscher Symptomenkomplex). (Jahrb. f. Kindhlk. 79 (3. Flge 29. Bd.) S. 519.) Zwei genau beschriebene Fälle (Geschwister) von Friedreichschem Symptomenkomplex auf hereditär-syphilitischer Basis. Wesentlich gebessert durch Hg und JK. Husler (München).

Ed. Handrick, Zur Entstehung der eitrigen Parotitis im Kindesalter. (Jahrb. f. Kindhlk. 79 (3. Flge 29. Bd.) S. 574.) Vier Krankengeschichten. Erörterung einer otogenen Entstehungsweise der eitrigen Parotitis an Fällen. Husler (München).

Hans Schirokauer, Der Zuckerstoffwechsel beim Lymphatismus der Kinder. (Jahrb. f. Kindhlk. 79, 1914 (3. Flge 29. Bd.) S. 581.) Verf. findet bei lymphatischen Kindern einerseits eine Hypoglykämie (nüchterner Zustand) und andererseits eine Erhöhung der Zuckertoleranz für manche Zuckerarten, ähnlich wie beim Addison und bei der experimentellen Nebennierenentfernung. Durch Analogieschluß kommt Verf. auch für den Lymphatismus zur Annahme einer Hypofunktion im Adrenalsystem. Husler (München).

Benno Hahn u. **Fritz Sommer,** Praktische Erfahrungen mit dem Behringschen Schutzmittel gegen Diphtherie. (Aus der Inneren Abteilung der Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg.) (D. m. W. 1914 Nr. 1.) 1. Die subkutane und intramuskuläre Applikation des v. Behringschen Toxin-Antitoxingemisches führt zwar in der größten Zahl der Fälle zu einer genügenden Schutzkörperproduktion, ist jedoch vorläufig für die Praxis nicht brauchbar, da weder Lokal- noch Allgemeinreaktion einen Schluß auf die zu erwartende oder ausbleibende Antikörperproduktion zuläßt.

2. Dagegen geht bei intrakutaner Anwendung des Schutzmittels eine genügend starke Lokalreaktion (eventuell begleitet von leichten Allgemeinerscheinungen) im allgemeinen mit einer entsprechenden Schutzkörpervermehrung einher.

3. Bei 5 Epidemien und 1 Endemie in der Praxis wurden im ganzen 633 Kinder auf diese Weise voll immunisiert. Erhebliche Nebenwirkungen wurden dabei nicht beobachtet.

4. Während die Epidemien bei der übrigen Bevölkerung andauerten, kamen bei den voll immunisierten Kindern bisher 2 Erkrankungen, davon 1 ganz abortive, 1 mit negativem Bazillenbefund vor.

5. Diphtherische Erkrankungen, die bei Impflingen während der ersten zehn Tage nach der Schutzimpfung zum Ausbruch kamen, während welcher Zeit bekanntlich serologisch eine Antikörpersteigerung noch nicht nachweisbar ist, verliefen in einigen Fällen abortiv. Die Erkrankungen wurden also schon während der ersten zehn Tage durch die Schutzimpfung günstig beeinflußt.

6. Eine negative Phase und die Gefahr der Anaphylaxie besteht nicht. Grätzer.

H. Salomon, Über den Diabetes innocens der Jugendlichen, zugleich ein Beitrag zur Frage des renalen Diabetes. (Aus der I. Medizinischen Klinik der Universität in Wien.) (D. m. W. 1914 Nr. 5.) Nicht alle Fälle mit erhöhtem Blutzucker sind wirkliche Diabetiker. Es können sich Fälle in ihrem klinischen Bilde völlig als Fälle von innozentem resp. renalem Diabetes darstellen. Namentlich ein Fall, der am besten beobachtete, hat seine Glykosurie mindestens schon sieben Jahre, und trotz der Jugend des Kranken und seiner vollen Nichtachtung aller diätetischen Ratschläge hat sich keinerlei Progredienz der Krankheit und kein diabetisches Krankheitssymptom eingestellt.

Jedenfalls erscheint, ehe weitere Forschungen den biologischen Mechanismus des Zustandes geklärt haben, die unverbindliche Bezeichnung als Diabetes innocens gerade im Hinblick auf den manchmal vorhandenen erhöhten Blutzuckerwert dieser Fälle als die geeignetste.

Das Krankheitsbild, das sich hinreichend scharf von dem des eigentlichen Diabetes abhebt, ist das folgende.

Vielfach ist harmlose, früh entstandene Zuckerausscheidung in der Aszendenz oder bei Geschwistern nachweisbar. Beginn meist im jugendlichen, auch schon im Kindesalter. Ausgesprochen nervöse Veranlagung ist bei den Befallenen meist nachweisbar. Die Zuckerausscheidung bietet gewöhnlich Prozentzahlen unterhalb eines Prozents, abgesehen von einzelnen Tagen oder einzelnen Harnportionen, bei denen unter dem Einfluß von Erregungen Werte von einigen Prozenten erscheinen können. Man fühlt sich im ganzen oft an die Konzentrationsunfähigkeit der Niere erinnert, wie beim Diabetes insipidus.

Bis zu gewissem Grade bietet schon diese niedrige prozentuale Ausscheidung ein abgrenzendes Moment gegenüber dem echten juvenilen Diabetes, der meist mit prozentual hoher Zuckerausscheidung hereinbricht. Die Gesamtausscheidung bei gemischter Kost überschreitet gewöhnlich nicht 12 g pro Tag, die Ausscheidung zeigt eine weitgehende, wenn auch nicht vollkommene Unabhängigkeit von der Kost derart, daß der Unterschied zwischen den Harnzuckermengen an Tagen strenger Diät und bei völlig gemischter Kost 8—10 g nicht übersteigt, oft weit darunter liegt.

Von einer Zulage von 100 g Traubenzucker werden nicht über 10%, meist nur 1—3—7% ausgeschieden.

Wenn auch der Blutzucker auf eine derartige Traubenzuckergabe nur um 1—3 cg ansteigt, so fällt das in hohem Grade für den Diabetes innocens in die Wage, ein Mehranstieg kann einstweilen noch nicht gegen diese Annahme verwertet werden.

Meist aber ist der Blutzucker auch bei vorhandener Glykosurie normal, und ein solches Verhalten spricht sehr für die Einreihung des Krankheitsfalles in die besprochene Kategorie.

Es kann aber ein erhöhter Blutzuckerwert nicht gegen die Annahme eines Diabetes innocens (oder wenn man will Diabetes renalis) ins Feld geführt werden.

Die diabetische Erkrankung hat trotz der Jugend der Kranken keine Tendenz zur Progression.

Bei kohlehydratfreier Kost kann aber je nach der Individualität der Kranken eine ganz erhebliche Azetonausscheidung vorhanden sein, bei kohlehydrathaltiger Kost rasch schwindend, welche die Diagnose, wenn sich sonst der Krankheitsfall entsprechend verhält, nicht zu beirren braucht.

Die Kranken verhalten sich, von der nervösen Komponente abgesehen, wie völlig Gesunde und werden von den Beschwerden, welche die Hyperglykämie beim Diabetes mit sich zu bringen pflegt, nicht mehr heimgesucht als Gesunde resp. Nervöse (Potenzstörungen, Furunkulose, Neuritiden usw.). Das gilt nach Verf.s bisherigen Erfahrungen auch für die Fälle von Diabetes innocens mit Hyperglykämie.

Natürlich kann der Zuckergehalt des Harns belästigen (Ekzem bei dem Kinde A. R., am Oberschenkel).

Was die Behandlung betrifft, so können wir wohl sicher sein, daß typischen Fällen eine Ernährung mit völlig gemischter Kost nicht schaden wird. Dennoch wird man diesen Vorschlag nicht machen. Denn einmal ist irren menschlich, und wir könnten doch einen Fall von echtem Diabetes verkennen. Ferner kann einer dieser Kranken mit innozenter Glykosurie so gut einen Diabetes bekommen wie ein gesunder Mensch — es würde dann etwa ein Zustand sich einstellen, wie ihn H. Stern „Diplomelliturie“ nennt — und würde das Faktum dann seinem Arzte zur Last legen, wenn er diätetisch zu liberal behandelt worden ist. Man wird aus diesen Rücksichten zunächst etwa zu einer kohlehydratfreien Kost mit Zulagen im Äquivalentwerte von 100—200 g Weißbrot raten, ein Quantum an Mehlstoffen, mit dem man leicht auskommt. Wenn dann durch Jahre hindurch der Zustand stationär bleibt, wird die Diätetik des Kranken sich ganz von selbst weitere Konzessionen machen.

Die Kenntnis des geschilderten Krankheitsbildes ist, zumal es ein nicht seltenes ist, für den Arzt von großer Bedeutung. Den vom Verf. beobachteten Kranken hatte man größtenteils — besonders natürlich dem Kinde — die traurigste Prognose gestellt, hatte sie namentlich vor der Heirat auf das eindringlichste gewarnt.

Freilich ist nicht allzu viel Unglück passiert, denn auch nicht einer der Heiratskandidaten hatte seinem Arzte gefolgt. Aber meist erfolgte die Ehe unter dem Widerspruch der Angehörigen, und es

hatten doch noch viele Jahre die Schatten kommenden Unheils über der Verbindung gelegen.

Namentlich werden aber auch die Lebensversicherungsanstalten damit rechnen müssen, daß es chronische Zuckerausscheidungen gibt, die selbst junge, damit behaftete Leute um nichts minderwertiger gegenüber dem Gesunden erscheinen lassen. Grätzer.

A. Gottstein (Charlottenburg), Das Auftreten der Diphtherie in den Schulen und die Methoden ihrer Bekämpfung. (D. m. W. 1914 Nr. 9.) 1. In zwei Drittel bis drei Viertel aller Fälle treten die Diphtherieerkrankungen in den Schulen genau wie auch in der Gesamtbevölkerung in der Form von Einzelfällen auf, von denen eine Ausbreitung in den Klassen nicht stattfindet.

2. In einer Minderzahl findet aus bisher unbekannten Gründen ein Ausbruch richtiger Klassenepidemien statt, welche eine Neigung zu Nachschüben aufweisen und wegen ihrer Hartnäckigkeit und Gefährlichkeit Anlaß zu besonderen Maßnahmen geben.

3. Die Wiederzulassung Genesener zum Schulbesuch wird zweckmäßig von dem bakteriologischen Nachweis des Verschwindens der Bazillen abhängig gemacht. Ist auch der exakte Schluß gegenwärtig noch nicht zu liefern, daß hierdurch Klassenepidemien vermieden werden, so sprechen doch klinische Beobachtungen für eine gewisse Wahrscheinlichkeit.

4. Das Vorhandensein von Diphtheriebazillen ist nur ein Symptom, nicht die alleinige Ursache für die Gefahr einer Weiterverbreitung der Krankheit.

5. Zur Verhütung von Klassenepidemien von Diphtherie ist die Untersuchung sämtlicher Insassen auf das Vorhandensein von Bazillen unmittelbar nach der Verdacht erweckenden Erscheinung des gleichzeitigen Auftretens von mehreren Erkrankungen in kurzer Zeitfolge ein wertvolles Mittel. Die Fernhaltung dieser Keimträger vom Klassenbesuch belohnt sich durch die Vermeidung von Klassenschluß und durch eine Abkürzung der beginnenden Klassenepidemie. Eine solche Anordnung ist auch dann begründet, wenn wiederholte Erkrankungen in einer Klasse während eines Zeitraums mehrerer Wochen auftreten, oder wenn gleichzeitig in mehreren Klassen mehr als je ein Fall vorkommt.

6. Genesene wie gesunde Dauerausscheider können, falls nicht spätere Beobachtungen Anlaß zu einer anderen Auffassung geben, nach einem Zeitraum von acht Wochen wieder zum Schulbesuch zugelassen werden, da die bisherige Erfahrung lehrt, daß nach Ablauf dieser Zeit von ihnen neue Ansteckungen nicht ausgehen.

Grätzer.

Emanuel Steinschneider (Cherson), Masern bei einem 9 Tage alten Säugling. (Ebenda.) Außer dem jugendlichen Alter nichts Besonderes. Grätzer.

P. H. Römer (Greifswald), Bakteriologische Diphtheriestudien. (B. kl. W. 1914 Nr. 11.) Verf. stellte fest, daß echte Diphtheriebazillen durch Meerschweinchenpassage in Diphtheroid-

formen umgewandelt werden können. Ob die gleiche Umwandlung im Körper des Menschen stattfindet, diese Frage zu beantworten, wird erst in nächster Zeit möglich sein. Grätzer.

Heinrich Harttung, Die Verwendung von frei transplantierten Faszien- und Peritonealstreifen in der Behandlung des Mastdarmvorfalles. (Aus der Chirurgischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals Breslau.) (B. kl. W. 1914 Nr. 15.) Nach den in der Literatur niedergelegten und seinen eigenen Erfahrungen (es wurde bei 2—4 jährigen Kindern operiert) bei einem Fall möchte es scheinen, als ob die Verwendung von Faszie eine größere Sicherheit des Erfolges verspräche. Indessen muß man doch bedenken, daß gerade bei Kindern mit ihrer mangelhaften Reinlichkeit die Entnahme des Faszienstreifens nicht nur einen größeren Eingriff bedeutet, sondern auch die Gefahr der Infektion zweifellos erhöht. Aus diesem Grunde hat auch Brun die Anwendung des Verfahrens in sehr jugendlichem Alter abgelehnt. Zweifellos wird dieser Übelstand bei der vom Verf. benutzten Verwendung von Bruchsackstreifen ausgeschaltet, und da das Material einerseits leicht zu beschaffen ist, andererseits, wie zwei seiner Fälle beweisen, bei richtiger Technik ebenfalls ein guter Erfolg erzielt werden kann, so würde Verf. im gegebenen Falle immer die Benutzung von Bruchsack vorziehen.

Grätzer.

Ch. Bles (Amsterdam), Die Köhlersche Knochenerkrankung. (M. m. W. 1913 Nr. 36.)

Im Dezember 1912 wurde Verf. zur Röntgenuntersuchung eine kleine Patientin überwiesen, welche am linken Fuße erkrankt war.

L. d. K. wurde im Juni 1908 normal geboren, jedoch waren die unteren Extremitäten auffallend krumm. Diese Deformität war so stark, daß die Eltern sich an den Arzt wandten, der meinte, dieser Fall würde von selbst in Ordnung kommen. Patientin wurde an der Brust ernährt, hatte niemals eine Krankheit, war immer gesund und heiterer Stimmung, aber fortwährend „schwach“.

Ihr Vater hatte Hämoptoe, ihr Großvater von Mutterseite ist an Lungentuberkulose gestorben. Die Mutter hatte erst eine Fehlgeburt, später bekam sie 3 Kinder, die noch leben, und von welchen, dem Alter nach, Patientin das mittlere ist.

Lues und Gonorrhoe werden verneint.

Die gegenwärtige Krankheit besteht schon seit einigen Monaten. Das Gehen fällt Patientin schwer; Schmerzen hat sie fast nie. Am linken Fußrücken sieht man eine Anschwellung, keine Rötung; wohl Fluktuationsgefühl. Daß ein Trauma eingewirkt haben soll, ist der Mutter völlig unbekannt.

Da die Diagnose anscheinend auf Tuberculosis tarsi lautet, wurden beide Füßchen auf einer Platte röntgenographiert, da ja meistens das einzige Symptom dieser Krankheit „Knochenatrophie“ ist, welche für Nichtröntgenologen am deutlichsten ist, wenn der gesunde, symmetrische Körperteil auf vollständig gleiche Weise untersucht wird.

Die Röntgenphotographie zeigte, daß die Knochen beider Füße eine schöne Struktur haben, so daß die Diagnose für dieses bereits mehrere Monate dauernde Leiden sicher nicht auf Tuberkulosis lauten kann.

Nur das Os naviculare des linken Fußes erregte Aufmerksamkeit. Das am meisten Charakteristische ist, daß dieser Knochen so schwarz ist, daß er weniger Röntgenstrahlen durchgelassen hat als die anderen Knochen, also viel mehr Kalksalze enthalten muß. Dadurch ist die Architektur nahezu verschwunden, während er auch andere Veränderungen bezüglich Größe und Form zeigt.

Die Röntgenaufnahme entspricht also vollkommen der Beschreibung, welche Dr. Alban Köhler-Wiesbaden gab unter dem Titel:

„Über eine häufige, bisher anscheinend unbekannte Erkrankung einzelner kindlicher Knochen“.

Daß die Patientin bei der Geburt derartig krumme Beine hatte und so schwächlich war, daß es zu Besorgnis Anlaß gab, bestätigt vielleicht Köhlers Auffassung, die Ursache dieser Krankheit in einer Entwicklungsstörung zu suchen. Grätzer.

J. Bruno (Heidelberg), Ein Beitrag zur Ätiologie der spinalen Kinderlähmung. (M. m. W. 1913 Nr. 36.) Es ergab sich die auffallende Tatsache, daß 2 Fälle von spinaler Kinderlähmung bei einem 3- und 2jährigen Kinde — ohne jede Berührung mit der Außenwelt — auftraten, nachdem eine deutlich beobachtete Erkrankung des Hausgeflügels an Lähmungserscheinungen mit einem tödlichen Ausgang in den Vorwochen vorausgegangen war. Die Tiere waren frei im Garten, ebenso wie die Kinder herumgelaufen und hatten auch den kindlichen Sandhaufen als ihren Spielplatz betrachtet.

Zu bemerken ist noch, daß auch die ganze Familie: Vater, Mutter, Schwester der Mutter und Dienstmädchen mehrere Tage unwohl waren, meist mit Magendarmerscheinungen, Leibschmerzen, das Dienstmädchen mit heftigen rheumatischen Nacken- und Rückenschmerzen. Leichte Fiebererscheinungen sollen damit verbunden gewesen sein.

Verf. hat dem großherzogl. Bezirksarzt, Med.-Rat Dr. Kürz in Heidelberg, Mitteilung von seinen Beobachtungen gemacht. Derselbe konnte zwei weitere Fälle aus seiner amtsärztlichen Tätigkeit im Bezirke Heidelberg mitteilen, welche geeignet scheinen, die Schlußfolgerung bezüglich des Zusammenhanges von spinaler Kinderlähmung und Tiererkrankung zu stützen. Der erste Fall betrifft ein der Kinderklinik vom Lande überwiesenes Kind mit Poliomyelitis. Kürz stellte bei seinen Nachforschungen an Ort und Stelle fest, daß dieses Kind eine typische Erkrankung vor ca. 10 Tagen durchgemacht hatte. Lähmung ca. 3—4 Tage nach akut fieberhaftem Prodromalstadium. Der Vater des Kindes ist der Viehwärter der Jungviehweide des Kreises Heidelberg, wohnte in einem völlig isolierten Haus. Vor kurzer Zeit ist, wie Kürz feststellte, ein Rind unter verdächtigen (Lähmungs-)Erscheinungen gestorben. Die Eltern sollen auch ein gelähmtes Huhn vorgewiesen haben.

Fall 2. Gemeinde Sandhausen bei Heidelberg ein ganz isolierter Fall von Kinderlähmung. Vor 10 Tagen angeblich eine Ziege, die gelähmt war, gestorben!

Wiederum 2 Fälle aus ländlichem Kreis mit direkter Beziehung zu gelähmten Tieren. Grätzer.

Heinrich Weber, Extensionstisch zur Einrenkung angeborener Hüftluxationen[1]). (Aus der Orthopädischen Klinik in München.) (Ebenda.) Bekanntlich wird jetzt allgemein zugegeben, daß die beste Stellung im Interesse der Retention die Innenrotation des Oberschenkels ist. Diese Stellung wird deshalb an der Langeschen Klinik als Primärstellung angewandt. Ebenso allgemein bekannt ist aber auch, daß die Innenrotation schwer zu erhalten ist, besonders bei kleineren Kindern im 1. bis 3. Lebensjahr. Der Grund

[1]) Lieferant: Storz & Raisig, München, Rosenheimerstr. 4.



für diese Schwierigkeit liegt in folgendem. Wenn man nach Lorenz reponiert hat und den Oberschenkel nach innen dreht, verschiebt sich häufig der Kopf in den oberen Pfannenquadranten. Dieser Vorgang wird verursacht durch die Ileopsoasschlinge und den Kapselisthmus, welche sich zwischen Kopf und Pfanne legen und dadurch ein tieferes Eindringen des Kopfes in die Pfanne verhindern.

Deshalb ist es nötig, den Ileopsoas und den Isthmus sehr gründlich zu dehnen, so daß der Kopf in die untere Pfannenhälfte zu stehen kommt. Zur Erreichung dieser Einstellung des Kopfes unterhalb des Y-Knorpels, auf deren Notwendigkeit Lange zuerst hingewiesen hat, leistet der Luxationstisch vortreffliche Dienste.

Die Hauptvorzüge des Luxationstisches gegenüber anderen Extensionsvorrichtungen sehen wir darin, daß er uns die Möglichkeit viel wirksamerer Einrenkungsmanöver gibt und dazu dient, den Schenkelkopf in eine möglichst günstige Stellung zur Pfanne zu bringen.

Verf. glaubt, daß der in der Klinik von Jahr zu Jahr zu beobachtende Rückgang der Reluxationsziffern auf die Anwendung des Luxationstisches zurückzuführen ist. Deshalb werden an der Langeschen Klinik alle Luxationen nur mehr auf dem Luxationstisch eingerenkt.

Grätzer.

Paul Grosser, Stoffwechselprobleme der Rachitis. (Aus der Städtischen Kinderklinik in Frankfurt a. M.) (M. Kl. 1914 Nr. 14.) Hält die neugebildete Knochenzelle den Kalk nicht zurück, weil er ihr in einer nicht passenden Form zugeführt wird, oder aber ist die Knochenzelle (weil selbst erkrankt) nicht imstande, den ihr zugeführten, an Qualität und Quantität normalen Kalk zu binden? Die Beantwortung der ersten Frage in bejahendem Sinne würde das Wesen der Kalkstoffwechselstörung in den Intermediärstoffwechsel legen. Bisher liegen keine Versuche zur Lösung dieser Frage vor.

Verf. selbst ist nun dieser Frage näher getreten und hat seine ersten Untersuchungen 1911 in Karlsruhe kurz vorgetragen.

Verf. fand in den Schabadschen Untersuchungen über die Phosphorsäure einen Hinweis, ob nicht etwa die primäre Störung im Phosphorstoffwechsel zu suchen sei. Er ging von der Hilfshypothese aus, daß der Kalk in einer Form im Organismus kreisen müsse, die für die Knochenzelle passend wäre, indem er annahm, daß die Knochenzelle nicht für jede, sondern nur für spezifische Kalkphosphorverbindungen Rezeptoren hätte, ähnlich wie ja bestimmte einzellige Lebewesen nicht für alle Arsenverbindungen, sondern nur für bestimmte passende Rezeptoren hat (Ehrlich). Diese Untersuchungen hat Verf. nun in langen Einzelversuchen fortgeführt und ist dabei schon zu einigen Resultaten gelangt. Er untersuchte nämlich die Wirkung von Kalk in der Verbindung mit Glyzerophosphorsäure.

Die Glyzerophosphorsäure ist im Lezithin enthalten. In ihr ist die Phosphorsäure nicht direkt als anorganische Phosphorsäure nachweisbar, sondern erst nach der Trennung vom Glyzerin. Die Spaltung im Glyzerin und Phosphorsäure erfolgt im Organismus im Magendarmkanal und in den Nieren, während die übrigen Organe dieses, Glyzerophosphotase genannte Ferment gar nicht oder nur in geringer

Menge enthalten (Grosser und Husler). Verf. fand nun, daß der rachitischste Organismus, der eine negative oder nur ganz schwach positive Kalkbilanz zeigt, imstande ist, das ihm subkutan beigebrachte Kalziumglyzerophosphat bei sich zu behalten und es auch nach dem Aufhören der Zufuhr zu bewahren. Injizierte Verf. nämlich einem Kinde diese Verbindung, so wurde nicht nur während der Injektionsperiode die Kalkbilanz stark positiv, sondern auch in der Nachperiode blieb die Kalkbilanz erhöht oder entsprach der Bilanz der Vorperiode. Injizierte Verf. dagegen Kalziumchlorid und gab Phosphorsäure innerlich, so wurde entweder die Kalkbilanz überhaupt nicht verbessert oder aber, wo sie im positiven Sinne beeinflußt wurde, stieg die Kalkausscheidung nach Aussetzen des Mittels in der Nachperiode so stark an, daß dann eine außerordentlich bedeutende negative Bilanz gefunden wurde. Es war also in diesem Falle der Kalk dem Körper nicht fest einverleibt worden, sondern er wurde nur scheinbar retiniert. Nun ging Verf. noch einen Schritt weiter. Er injizierte eine Lösung von Kalziumchlorid und an einer andern Körperstelle von Natriumglyzerophosphat. Auch jetzt wurde der Kalk retiniert. Injizierte er aber das Kalziumchlorid subkutan, gab das Natriumglyzerophosphat aber per os, so blieb die Retention aus. Dieses Verhalten erklärt sich Verf. daraus, daß bei subkutaner Einfuhr die Glyzerophosphorsäure ungespalten im Körper kreist, während sie bei Eingabe per os durch das Ferment schon im Magendarmkanal gespalten wird, und nun keine Glyzerophosphorsäure, sondern nur anorganische Phosphorsäure selbst zur Aufnahme gelangt, die sich nicht entsprechend paaren kann.

Die Knochenzelle, denn nur diese kommt für die Kalkretention in Frage, kann also den subkutan zugeführten glyzerophosphorsauren Kalk ansetzen, nicht jedoch Kalziumchlorid, selbst wenn man zur Bindung genügende Phosphorsäure zugibt. Ob nun gerade der glyzerophosphorsaure Kalk die optimale Bindung repräsentiert oder ob er wiederum für kompliziertere Verbindungen als Baumaterial dient, oder ob er andersartig wirkt, kann Verf. heute nicht sagen.

Verf. weiß, daß seine Untersuchungen noch unvollkommen sind. Ihre Ausführung und ihre Fortführung ist nicht einfach, da der Versuch am einzelnen Individuum sich über mehrere Wochen erstrecken muß, wenn er zu erkennbaren Resultaten führen soll. Verf. glaubt aber, doch schon jetzt einen Weg gezeigt zu haben, auf dem es möglich ist, diesem wichtigsten Problem in der Erforschung des Stoffwechsels des Rachitikers näher zu kommen. Grätzer.

Th. Sommerfeld (Berlin), Pertussin bei der Behandlung von Erkrankungen der Luftwege. (Ebenda.) „Ich habe das Pertussin in verhältnismäßig wenig Fällen von Keuchhusten, in einer großen Zahl von chronischer Bronchitis und in sehr zahlreichen Fällen von Lungentuberkulose verwandt, die mit Husten und Auswurf einhergingen.

Vor allem kann ich auf Grund dieser umfangreichen Erfahrungen feststellen, daß das Pertussin der Grundforderung für jedes Heilmittel und für jede Heilmethode „nil nocere“ nach jeder Richtung entspricht. Es zeichnet sich ferner durch Wohlgeschmack aus, bedingt kein Kratzgefühl im Halse und beeinträchtigt niemals den

Appetit, Eigenschaften, die im Gegensatz zu den meisten andern hustenlösenden und hustenstillenden Mitteln eine beliebig lange Verwendung des Pertussins ermöglichen. Was seine spezifischen Eigenschaften anbelangt, so kann ich in Übereinstimmung mit den andern Autoren, die ausgedehnte Erfahrungen mit Pertussin besitzen, feststellen, daß es mit der sedativen Wirkung die schleimlösende verbindet."

Das Pertussin wird in großen Gaben vertragen. Verf. hat in der Regel dreistündlich einen Eßlöffel voll, bei Kindern je einen Kaffeelöffel voll verbrauchen lassen.

Sein günstiger Einfluß auf den Krampfhusten bei Pertussis ist bekannt, und auch in den allerdings nur wenigen Fällen dieser meist hartnäckigen, lästigen und nicht ganz ungefährlichen Krankheit, die Verf. in dem verflossenen Jahre zu behandeln Gelegenheit hatte, konnte Verf. unter der Verwendung von Pertussin eine verhältnismäßig schnelle Abnahme der Hustenanfälle und eine baldige Milderung ihrer Heftigkeit feststellen. Er fühlt sich deshalb zur Behauptung berechtigt, daß, solange wir noch nicht das Kontagium dieser zweifellos infektiösen Krankheit kennen und über kein spezifisches Mittel verfügen, das sich gegen den Krankheitserreger selbst wendet, das Pertussin mit an der Spitze der zahlreichen gegen den Keuchhusten zur Anwendung gelangenden Heilmittel marschieren wird.

Wesentlich höhere Bedeutung sichert dem Pertussin seine Eigenschaft, die zähen, klebrigen, schleimigen Sputa durch Verflüssigung zu lockern und dadurch die Expektoration zu erleichtern. Während die durch die anstrengenden, langandauernden Hustenstöße bewirkte Erhöhung des Blutdrucks den Reizzustand der Schleimhaut der Respirationswege unterhält und schließlich zu der bereits geschilderten Verminderung der Elastizität des Lungengewebes führt, sehen wir unter der Verwendung des Pertussins allmählich Giemen und Pfeifen nachlassen, bald feuchte Rasselgeräusche auftreten und auch diese allmählich schwinden. Dies bedeutet nicht nur eine wesentliche Erleichterung in dem Befinden des Kranken, sondern auch die Ausschaltung ernsterer sekundärer Erscheinungen. Von diesem Gesichtspunkt aus erweist sich das Pertussin bei der Behandlung der chronischen Lungentuberkulose, bei der der Kranke nicht selten gerade durch den quälenden Husten am meisten belästigt wird, als ein sehr wesentliches Adjuvans, und zwar um so mehr, als es die Eßlust, die schon durch die Toxine des Tuberkelbazillus zumeist darniederliegt, nach Verf.'s Beobachtungen niemals beeinträchtigt. Grätzer.

Lenzmann, Weitere Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit Salvarsan. (Aus dem Diakonissenhause zu Duisburg.) (Ther. d. Gegenw., Juni 1914.) Verf. hat 47 schwere Fälle mit Salvarsan behandelt. Zweifellos wird der Fieberverlauf durch Salvarsan abgekürzt; es gelingt, die Fieberkurve treppenförmig zu gestalten und bereits am 3. oder 4. Tage die Temperatur in die Abszisse 37—38 herunterzudrücken. Zweifellos ist ferner die günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens und der Angina necrotica.

Verf. hat in der letzten Zeit nur Neosalvarsan angewandt. Er hat nicht die Beobachtung machen können, daß das Neosalvarsan

besonders toxisch wirkt. Es hat nach seinen Erfahrungen ganz dieselbe Wirkung wie Salvarsan, ist aber in seiner Anwendung außerordentlich bequem. Verf. löst 0,15 Neosalvarsan in etwa 5 ccm steriler 0,4%iger Kochsalzlösung auf, bei Verwendung von 0,3 oder 0,45 Neosalvarsan ist die Menge des Lösungsmittels entsprechend größer. Die Anwendung geschieht nur intravenös. Ist — wie in einzelnen Fällen bei kleinen Kindern — eine intravenöse Applikation nicht möglich, dann gibt Verf. das Mittel intramuskulär (in der Duhotschen Linie), nimmt aber dann die doppelte Menge des Lösungsmittels. Verf. hat niemals große Dosen gegeben und möchte nochmals den kleinen Dosen das Wort reden. Im allgemeinen darf man sagen: Je schwerer das Krankheitsbild, je höher das Fieber, je stärker die Prostration, je rascher der Puls, desto kleiner die Anfangsdosis. Verf. hält es für besser, die kleinen Dosen nach kurzer Zeit — etwa nach 8—12 Stunden — zu wiederholen, als mit einer großen Dosis in einer Injektion vorzugehen. Bei drei- bis achtjährigen Kindern gibt Verf. als höchste Dosis 0,15 Neosalvarsan, bei Patienten von 8 bis 15 Jahren kann man auf 0,3 gehen, eine höhere Dosis gibt Verf. bei Erwachsenen für gewöhnlich auch nicht, ausnahmsweise geht er bis 0,45 und immer erst dann, wenn er die höchste Temperatur durch kleine Anfangsdosen heruntergedrückt hat. Jedenfalls beginnt Verf. in der letzten Zeit immer auch bei Erwachsenen mit 0,15 g. Wird diese Dosis gut vertragen, das heißt, zeigt sich kein Erbrechen und keine Diarrhoe, ist die reaktive Temperatursteigerung nur mäßig, wird das Allgemeinbefinden ein besseres, dann gibt Verf. schon nach zwölf Stunden die zweite Dosis, bei Erwachsenen eventuell 0,3 g. Jedenfalls darf man „nicht locker lassen". Man muß einen — dem ersten Temperaturabfall folgenden — Anstieg immer wieder mit einer erneuten Injektion dämpfen, damit man eine treppenförmig abfallende Kurve erzielt. Mehr als 0,8 Neosalvarsan in drei Tagen wird selten verwandt werden müssen. Verf. hat — falls er diese Dosis bei Erwachsenen gebraucht hatte — meistens nicht mehr injiziert, selbst wenn die Temperatur noch einmal über 38 stieg. Er hat sich mit dem Erfolg begnügt und dem Organismus den weiteren Kampf überlassen.

Grätzer.

H. Vogt, Zur Behandlung der Lungentuberkulose im Kindesalter. (Aus der Kinderabteilung des Krankenhauses Altstadt-Magdeburg.) (Ebenda.) Ein Hauptfaktor ist die Ernährung.

Unter allen Nahrungsmitteln, die für tuberkulöse Menschen in Betracht kommen können, hat man stets die Milch als das wertvollste betrachtet. Worauf diese übertriebene Einschätzung der Milch zurückzuführen sein mag, ist nicht ohne weiteres ersichtlich. Einen gewissen Vorteil hat die Milch als flüssiges Nahrungsmittel insofern, als sie von appetitlosen Kranken zuweilen noch genossen werden kann, wenn die Aufnahme fester Speisen auf Schwierigkeiten stößt. Diesem Vorteil stehen aber nicht zu bestreitende Nachteile gegenüber. Abgesehen von der zuweilen recht unangenehmen obstipierenden Wirkung führt einseitige Milchernährung zu reichlichem Wasseransatz am Körper und beeinträchtigt ausgesprochen die natürliche Immunität. Davon kann man sich immer wieder überzeugen durch

die Beobachtung von Kindern, bei denen einseitige Milchernährung über das erste Lebensjahr hinaus beibehalten wird. So erscheint es nicht als richtig, der Milch ohne jede Einschränkung eine bevorzugte Stellung im Speisezettel der Tuberkulösen einzuräumen.

Die fettreichste Nahrung, die wir einem Säugling ungestraft verabfolgen können, ist die Frauenmilch, und es ist sicher, daß bei dieser Art Ernährung den Einwirkungen der Tuberkulose länger Widerstand geleistet wird, als von künstlich genährten Kindern. Bei älteren Kindern erreichen wir die besten Erfolge bei Ernährung mit einer gemischten Kost, die nur so kleine Mengen Milch enthält, wie sie Erwachsene unter gewöhnlichen Umständen zu genießen pflegen. Dabei ist Gewicht darauf zu legen, daß die Kinder regelmäßig Gemüse und zweimal am Tage Fleisch genießen. Zur Erhöhung der Fettzufuhr mit der Nahrung dienen entsprechende Mengen Lebertran. Bei einer solchen Ernährung kommt es, wenn nicht Gewichtsverluste vorausgegangen waren, nicht zu schnellem Ansteigen des Körpergewichts — wir würden das eher als unerwünscht betrachten —, dagegen bekommen die Kinder ein blühendes Aussehen, sie bilden straffe Körpergewebe und bleiben verschont von exsudativen Erscheinungen. Auf diese Weise kann man sich leicht davon überzeugen, daß die sogenannten skrophulösen Symptome keineswegs allein vom tuberkulösen Infekt abhängig sind, sondern überwiegend von der Art der Ernährung, durch die man sie je nachdem verschlimmern oder zum Verschwinden bringen kann. Natürlich ist, je nach dem Alter der Kinder, verschieden lange Zeit erforderlich, um derartige Einwirkungen mit der Ernährung auszuüben.

Sehr günstige Resultate ergibt die Pneumothoraxbehandlung. Sie ist bei älteren Kindern das wirksamste Hilfsmittel, das uns für schwere Fälle zu Gebote steht. Verf. hat den Eindruck, daß wir zuweilen das Leben damit um Jahre verlängern können.

Noch ganz unsicher ist die Leistungsfähigkeit der Tuberkulinkur.

Seine vieljährigen persönlichen Erfahrungen an Kindern hat Czerny in folgender Weise zusammengefaßt: „Weder in bezug auf die Schnelligkeit, noch in bezug auf die Sicherheit des Heilerfolges oder auf den Schutz vor weiteren Nachschüben der Tuberkulose habe ich Erfolge gesehen, welche nicht auch in gleicher Weise ohne Tuberkulinbehandlung vorkommen.“ Verf. hat das gleiche Material zu verfolgen Gelegenheit gehabt und kann sich diesem Urteil nur anschließen. Grätzer.

R. Mühsam u. **E. Hayward,** Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel bei chirurgischer Tuberkulose. (Aus der II. Chirurg. Abteilung des Krankenhauses Moabit in Berlin.) (Ebenda.) Das Mittel wurde in 15 Fällen angewandt (5 Kinder, 10 Erwachsene).

Verff. kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Von 15 Fällen sind fünf geheilt bzw. gebessert. Vier dieser Heilungen sind aber ungezwungen durch die gleichzeitige chirurgische und allgemeine Behandlung zu erklären.

2. Der einzige Fall, welcher lediglich durch Friedmannsches Serum wesentlich gebessert ist, betrifft eine tuberkulöse Peritonitis beim Kinde. Gerade bei dieser Art der Erkrankung ist aber ein genaues Urteil über die tatsächliche Besserung des pathologisch-anatomischen Zustandes nicht zu geben.

3. In den übrigen Fällen ist eine günstige Beeinflussung nicht vorhanden gewesen. Sowohl der örtliche Befund wie der Allgemeinzustand erlitten keine nennenswerte Änderung. Die Krankheit behielt den Charakter bei, den sie schon vor der Injektion gehabt hatte. Das heißt, sie blieb mehr oder minder konstant oder sie verschlechterte sich.

4. Die Injektion ist nicht ungefährlich, das Mittel nicht einwandfrei (Streptokokkennachweis). Die meisten Patienten leiden recht erheblich unter den unmittelbaren Folgen der Injektion und kommen zunächst in ihrem Allgemeinbefinden zurück. Daneben wurden gelegentlich Hämaturie, Durchfälle, Hautausschlag beobachtet. Den Schädigungen durch die Injektion stehen keine Vorteile in bezug auf Heilungsaussicht gegenüber.

5. Das Friedmannsche Mittel ist daher ungeeignet und wirkungslos bei der Behandlung chirurgischer Tuberkulosen.

Grätzer.

H. L. Kowitz, Intrakranielle Blutungen und Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna bei Neugeborenen und Säuglingen. (Virchows Archiv 215. 1914 H. 2.) Material von 5998 Sektionen von Kindern bis zu 2 Jahren. Ergebnis:

1. Die durch die normale oder mit Kunsthilfe beendete Geburt gesetzten intrakraniellen Hämorrhagien oder deren Residuen finden sich überaus häufig und zerfallen in abnehmender Frequenz in solche der Dura, der Arachnoidea, der Ventrikel und der Hirnsubstanz.

2. Eine nicht unerhebliche Zahl der subduralen Blutungen gibt Anlaß zur Entwicklung einer hämorrhagischen Pachymeningitis. Sie findet sich bei 3,9% aller Kinder im Alter von 8 Tagen bis 2 Jahren.

3. Die von diesen Veränderungen betroffenen Kinder erliegen mit der Zeit noch im Kindesalter teils der Pachymeningitis, teils anderen Erkrankungen, denen solche Kinder nur geringere Widerstandskraft entgegenzusetzen vermögen, wahrscheinlich infolge einer Läsion des Hirns, welche zugleich mit den Blutungen durch das Geburtstrauma entstanden ist.

4. Die in höherem Alter häufigen Erkrankungen an hämorrhagischer Pachymeningitis sind mit den kindlichen nicht in ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Kurt Mendel.

G. Steiner, Zur Theorie der funktionellen Großhirnhemisphärendifferenz. (Journ. f. Psychol. und Neurol. 19. 1912 H. 6.) Auf Grund vererbungstheoretischer Erwägungen (Berücksichtigung der Mendelschen Gesetze) stellt Verf. bezüglich der Linkskultur folgende Forderungen auf:

1. Linkshändige Kinder sollen nicht durch Erziehungs- oder sonstige Maßnahmen zu rechtshändigen umzuwandeln versucht werden.

2. Schwachbegabte oder in ihrer sprachlichen Entwicklung zurückgebliebene bezw. gestörte linkshändige Kinder sollen in der Ver-

vollkommnung ihrer Linkshändigkeit unterstützt und nicht durch Versuche einer besseren Ausbildung der rechten Hand geschädigt werden.

3. Auch rechtshändige Kinder sollen nicht zur Doppelhändigkeit absichtlich erzogen werden, unter keinen Umständen aber dann, wenn schon gewisse Schädlichkeiten (Sprachhemmung usw.) auf eine Disharmonie der unilateralen funktionellen Großhirnhemisphärendifferenzierung hinweisen. Gesunde Erwachsene, sowohl rechts- wie linkshändige, können dagegen ruhig Maßnahmen unterworfen werden, die auf einen Ausbau auch der ungeschickten Hand abzielen, denn wir können wohl annehmen, daß nach dem Abschluß der unilateralen Hirndifferenzierung eine Leistungsvervollkommnung auch der ungeschickteren Hand primär immer nur sich durch die überwertige Hemisphäre vollzieht und deshalb auch dieser in erster Linie zugute kommt. Kurt Mendel.

Max Oker-Blom, Dürfen die Schulkinder beim Kehren der Schulräume behilflich sein? Beitrag zur Frage von der Ansteckungsgefahr bei verschiedener Art des Kehrens. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität Helsingfors.) (Internat. Archiv für Schulhygiene 8. H. 4. S. 477.) Verf. hat Untersuchungen ausgeführt, um die Vorzüge verschiedener Arten des Kehrens festzustellen bzw. die dabei in die Luft aufwirbelnden Bakterienmengen zu ermitteln. Gegenstand der Untersuchungen waren: trockenes Kehren mit Benutzung von feuchtem Sägemehl sowie Kehren oder Abwischen mit einem nassen Tuch. Es stellte sich heraus, daß das Abwischen des Fußbodens mit einem nassen Tuch in der genannten Beziehung den anderen Verfahren weit überlegen ist. Das Kehren mit Benutzung von feuchtem Sägemehl wirbelt etwa den vierten Teil von der Bakterienmenge in die Luft, die bei trockenem Kehren entsteht.

Es zeigt sich somit, daß im Vergleiche mit dem trockenen Verfahren die beiden feuchten Verfahren vom Gesichtspunkte der drohenden Ansteckungsgefahr bei der Reinigung der Zimmer entschieden vorzuziehen sind. Falls viel Unreinlichkeit in die Schulräume getragen wird, kann das nasse Abwischen des Bodens jedoch bloß dann zum Ziele führen, wenn der größte Teil des Staubes erst irgendwie anders entfernt wird.

Verf. sucht sodann zu ermitteln, welchem Bakteriengehalt der Luft die Kinder auch sonst in der Schule ausgesetzt sein können, und wie sich die beim Kehren, besonders mit Benutzung von feuchtem Sägemehl, entstehenden Bakterienmengen in der Luft im Vergleich mit jenem verhalten. Als Endergebnis der vergleichenden Untersuchungen über den Bakteriengehalt der Luft einerseits, wenn die gesamte Klasse zweimal im Zimmer herumläuft, und andererseits, wenn das Zimmer mit feuchtem Sägemehl gefegt wird, stellt sich heraus, daß die genannte Art, das Zimmer zu reinigen, weniger Bakterien oder etwa 16000 pro 1 cbm Luft bringt, als wenn sich die Schüler kürzere Zeit im Zimmer schneller bewegen, wobei im Kubikmeter Luft etwa 20000 Bakterien angetroffen werden. Es scheint daher dem Verf., daß die Ansteckungsgefahr, der die Kinder, wenn

sie sich in der Schule an der sachgemäßen Reinhaltung etwas beteiligen, ausgesetzt sind, keine besonders große ist. Selbstverständlich ist es aber, daß, wenn die Kinder zur Teilnahme an der Reinigung der Schulräume angehalten werden, was ja vom erzieherischen Standpunkt zu befürworten ist, diese in einer Art bewerkstelligt werden muß, die die jungen Helfer und Helferinnen nicht gefährdet. Zu fordern ist, daß die Ausführung des Kehrens unter Aufsicht einer sachverständigen Person geschieht, so daß die nötige Vorsicht beobachtet wird, sowie daß alles sonst sachgemäß geschieht.

K. Boas (Halle a. d. Saale).

A. Scharnke, Enuresis und Spina bifida occulta. (Inaug.-Dissert. Straßburg 1913.) Das von Mattauschek und Fuchs aufgestellte Krankheitsbild der Myelodysplasie hat wiederholt ziemlich ausgedehnten Nachprüfungen durchaus Stand gehalten und erscheint geeignet, die bisher noch so dunkle Enuresisfrage der endgültigen Klärung bedeutend näher zu bringen. Es wird durchaus nicht behauptet, daß alle Fälle von Enuresis diesem Krankheitsbilde zuzurechnen sind. Bei Kindern wird man höchstens 50% annehmen können. Für die anderen 50% muß man auch weiterhin auf die Begriffe der funktionellen Neurose, erblich-degenerativen Konstitution und ähnliches zurückgreifen. Die erwachsenen Bettnässer dürften jedoch in einem viel höheren Prozentsatz, vielleicht mit $^2/_3$ der Fälle, der Myelodysplasie zuzurechnen sein. Dieses Krankheitsbild ist nicht nur von hohem wissenschaftlichen Interesse, sondern kann auch für Unfallsansprüche und ganz besonders für den Militärarzt von größter Wichtigkeit werden. Denn die Auffindung eines oder mehrerer der objektiven Symptome dieses Krankheitsbildes macht es möglich, den für Arzt und Patienten gleich peinlichen und unangenehmen Verdacht der Simulation zu zerstören und dem Patienten zur gerechten Würdigung seiner Krankheit, dem Arzt zu einer befriedigenden Diagnose zu verhelfen.

Zum Krankheitsbild der Myelodysplasie rechneten die Autoren bisher die röntgenologisch nachweisbare Spina bifida occulta, Blasenstörungen in Form der Enuresis, Syndaktylien, Reflexanomalien und Sensibilitätsstörungen an den Beinen, endlich Abnormitäten der Bedeckung der Kreuzbeingegend, in schweren Fällen auch Klumpfuß, motorische Störungen an den Beinen und ganz selten auch Mastdarmsphinkterschwäche.

Nach den Untersuchungen Tremburs glaubt Verf. als weiteres objektiv nachweisbares Symptom eine im Zystoskop gut sichtbare übergroße Reizbarkeit der Detrusoren, die schon bei ganz geringer Füllung zur Balkenbildung führt, bzw. eine Arbeitshypertrophie der Blase hinzufügen zu dürfen. Wenn die Zahl der Untersuchungen auch noch klein ist, so weist doch der hohe Prozentsatz gleichartiger Befunde darauf hin, daß es sich nicht um Zufall handelt. Alle diese Symptome weisen auf eine Hypoplasie oder Dysplasie im untersten Teil des Rückenmarks und vielleicht auch in der Cauda equina hin. Die pathologisch-anatomische Bestätigung durch mikroskopische Untersuchungen steht noch aus.

Im einzelnen Krankheitsfall finden sich meist nicht alle hier aufgeführten Symptome, sondern nur eine mehr oder minder große Zahl derselben. Eventuell wird man auch ohne Röntgenbefund die Diagnose Myelodysplasie stellen können, wenn nur genug von den übrigen Symptomen vorhanden sind.

Als Therapie ist in jedem hartnäckig der bisher üblichen Behandlung trotzenden Fall als letztes die epidurale Injektion zu versuchen und bei nicht alsbald eintretendem Erfolg mehrmals zu wiederholen.

K. Boas (Halle a. d. Saale).

Bernhard Schlesinger, Beitrag zur Kenntnis der Psychosen im Kindes- und beginnenden Pubertätsalter. (Diss. Leipzig, 1914.) Die fleißige Arbeit verwertet das Material der Breslauer Städtischen Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke aus dem Zeitraum vom 1. IV. 1903 bis 1. IV. 1914. Bei einer Gesamtzahl von 10538 Kranken ergaben sich 91 Aufnahmen von Kindern, also 0,86%, die Zahl ist also geringer als die von Bendix gefundene 1%—1,2%. Die Differenz wird dadurch noch etwas größer, daß Bendix die Idiotie-Gruppe ausschloß, während Verf. sie eingerechnet hat.

Der größte Teil der Kinderaufnahmen gehört der Idiotie, Imbezillität und Epilepsie an. Ein Fall von Chorea minor und zwei Fälle infantiler Paralyse waren auch darunter. Von funktionellen Psychosen fanden sich 17. Diese werden ausführlich geschildert. Es sind 6 Dementia praecox-Fälle, 3 Fälle von manisch-depressivem, 5 von degenerativem Irresein und 3 Fälle mit nicht sicherer Diagnose. Der Unterschied, mit dem die Geschlechter an den Fällen partizipieren, 7 Knaben — 10 Mädchen, ist nicht erheblich. Das trifft auch bei der Verteilung der Fälle auf die Krankheitsgruppen zu, nur bei den Fällen degenerativen Irreseins stellt sich das Verhältnis zwischen Knaben und Mädchen wie 1 : 4.

8 Fälle befanden sich bei der Aufnahme im 15. Jahre. Die Dementia praecox-Kranken stehen im 14. oder 15. Jahre; die manisch-depressiven im 15. Jahre. Erheblich jüngere Individuen finden sich bei den degenerativen Psychosen, bei denen ein Fall mit 8 und einer mit 9 Jahren zur Aufnahme gelangten. Von den Mädchen war noch keines vor der Aufnahme menstruiert.

Die erbliche Belastung ist bei den Fällen eine nicht unerhebliche. Am größten ist die Heredität relativ bei den Fällen manisch-depressiven Irreseins. Bei den Dementia-praecox-Fällen ist einer väterlicher- und mütterlicherseits und einer mütterlicherseits, bei den Fällen degenerativen Irreseins sind zwei mütterlicherseits belastet. Im ganzen sprechen diese Dinge für die Behauptung Strohmayers, daß die erbliche Belastung bei den Kinderpsychosen eine bedeutsame Rolle spielt.

Da Sprache und Vorstellungsschatz bei Kindern doch noch zu wenig entwickelt sind, um psychopathologisch stärker in Erscheinung zu treten, so können paranoische Zustandsbilder schon aus diesem Grunde nicht häufig sein; so fehlen denn auch paranoische Psychosen, wie Ziehen sie schildert, ganz, während Wahnvorstellungen vorübergehend produziert werden (Fall II und IX). Aus dem gleichen, oben genannten Grund tritt auch beim manisch-depressiven Irresein die

Ideenflucht nicht so hervor. Dagegen finden sich katatone Symptome, und zwar nicht nur bei der Dementia praecox, sondern auch beim manisch-depressiven und degenerativem Irresein im Vordergrund der psychotischen Bilder.

Beim Überblick über die 17 Fälle drängt sich indes der bestimmte Eindruck auf, daß die psychotischen Bilder im Grunde in keiner Weise von denen bei Erwachsenen abweichen. Bei den Dementia praecox-Fällen treten bei einigen neben den motorischen die halluzinatorischen Erscheinungen und die Dissoziation des Seelenlebens deutlich hervor. Zwei Fälle lehren, daß die degenerativen Psychosen in der gleichen schweren Form auftreten können, wie im späteren Lebensalter. H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

E. Sluka u. **B. Sperk,** Erfolge der Eiweißmilchernährung im Hause und im Spital. (Aus dem St. Anna-Kinderspital in Wien.) (W. kl. W. 1914 Nr. 24.) Parallelversuche mit Eiweißmilch an ernährungsgestörten Säuglingen bei liegendem Material auf der Säuglingsabteilung und an ambulatorisch behandelten Fällen ergaben, daß die Ernährungserfolge auf der Säuglingsabteilung und im Säuglingsambulatorium grundverschieden waren. Die schlechten Erfolge an der Säuglingsabteilung können nur dem „Hospitalismus" in die Schuhe geschoben werden; vor allem fehlt die individuelle häusliche Pflege.

Nun zeigten die Erfahrungen, wie aussichtsvoll die ambulatorische Behandlung der Ernährungsstörungen sein kann, wenn eine diätetische Behandlung auf Grundlage der Eiweißmilchdiät durchgeführt wird. Diese Diätform erlaubt eine solche Vereinfachung und Verbilligung des Betriebes und gibt so günstige Resultate, daß sie als der einzige Weg erscheint, eine Behandlung der Ernährungsstörungen der Säuglinge im großen durchzuführen.

Selbstverständlich leugnen Verff. durchaus nicht den Wert und die Notwendigkeit der Säuglingsabteilungen in Spitälern. Im Gegenteil, sie rechnen eine Säuglingsabteilung zu einem unbedingt notwendigen Bestandteil eines Kinderspitales, doch soll dieselbe nur für die schweren akuten Darmstörungen, insbesondere für Intoxikationen reserviert bleiben, weil diese neben der diätetischen Behandlung auch sorgfältige Überwachung der Ernährung und dringende therapeutische Eingriffe (Behandlung der Herzschwäche, Kochsalzinfusion, Dauerklysmen, Ernährungstechnik) fordern. Bilanzstörung, Dyspepsie und Dekomposition leichteren Grades gehören eigentlich im allgemeinen nicht auf eine Säuglingsstation. Als unumgänglich notwendig erscheint aber die Angliederung einer Säuglingsambulanz, weil nur auf diese Weise die Ernährungstherapie kranker Säuglinge im großen mit relativ geringen Kosten durchführbar ist. Die Säuglingsabteilung, die Säuglingsambulanz und die diätetische Milchküche bilden eine geschlossene Einheit innerhalb des ganzen Spitalsbetriebes.

Kranke Säuglinge, welche der Spitalspflege nicht bedürfen, sollten an gut qualifizierte, in der Nähe des Spitales wohnende Kostfrauen abgegeben werden.



Rechnen wir als monatliche Entlohnung solcher Kostfrauen 30 Kronen und ebenso viel zur Beistellung der Heilnahrung und zur Deckung der Regie des Milchküchenbetriebes, so käme ein Kind auf zirka 2 Kronen täglich, während die Verpflegskosten eines Säuglings im Spital mindestens das Doppelte betragen.

Die Kostfrauen müßten einen kurzen Pflegekurs, der möglichst volkstümlich gehalten ist, absolvieren und wären verpflichtet, ihre Säuglinge wöchentlich zweimal zur ärztlichen Kontrolle zu bringen.

Eine Anzahl von Pflegeschwestern hätte häusliche Recherchen vorzunehmen, einerseits um jeden Mißbrauch hintanzuhalten, und anderseits um auch Anleitung in der Pflege kranker Säuglinge zu geben. Außerdem hätte sie dem Ambulatoriumsarzt über den jeweiligen Zustand der Säuglinge zu berichten. Die Ärzte des Säuglingsambulatoriums wären auch verpflichtet, in dringenden Fällen die Kinder, die sich in dieser „poliklinischen Heimpflege" befinden, aufzusuchen.

Ein derartiger Betrieb wäre einfach, übersichtlich, hätte Aussicht auf Erfolg und käme entschieden billiger als große Säuglingsspitäler mit ihren hohen Erhaltungskosten. Grätzer.

C. Steiner (Bern), Zur Ätiologie und Diagnose der Pyelozystitis im Kindesalter. (Schweiz. Korr. Bl. 1914 Nr. 24.) Zwei Fälle, bei denen Erkältung in der Ätiologie zweifellos eine Rolle spielten. Zwei weitere Fälle, die diagnostische Schwierigkeiten boten; bei dem einen sprach alles für Appendizitis, bis die Harnuntersuchung die Situation klarstellte, bei dem anderen lag eine Kombination von Appendizitis und Pyelozystitis vor, wie die Operation zeigte.

Grätzer.

Breitmann, Das Atropinum methylo-bromatum in der pädiatrischen Praxis. (Pediatrija 1914, Bd. 4, März, H. 3.) Das Atropinum methylo-bromatum, in Form kleiner, weißer Kristalle, leicht löslich in Wasser oder verdünntem Alkohol mit einem Bromgehalt von 20,8 %, ist bei weitem handlicher als das Atropinum sulfuricum. Dieses letztere Produkt läßt sich in der Kinderpraxis nur schwer anwenden, denn es gibt wegen seiner Giftigkeit bei Kindern oft genug zu äußerst ernsten Nebenerscheinungen Anlaß. Darum hat Verf. (St. Petersburg) seit einigen Jahren (1905) das Atropinum sulfuricum durch das Atropinum methylo-bromatum ersetzt, das, bedeutend unschädlicher, in viel höheren Dosen verschrieben werden kann.

Nach den Erfahrungen des russischen Arztes zu urteilen, ist es die exsudative Diathese und insbesondere das nässende Ekzem der Kinder, welche die Indikation par excellence für die Anwendung des Atropinum methylo-bromatum bilden. Dieses Medikament soll in der Tat imstande sein, die Exsudation zu beschränken, ziemlich schnell die Ausbreitung des nässenden Ekzems zu verringern und seine prompte Heilung zu fördern, unter der Bedingung freilich, daß seine Anwendung erst im richtigen Zeitpunkt geschieht: solange die das Nässen hervorrufenden Ursachen fortfahren, im Organismus wirksam zu sein, ist es verfrüht, sich des Atropinum methylo-bromatum zu bedienen; man muß es sich zuvor angelegen sein lassen, den Haushalt des Körpers von den schädlichen Stoffen des intermediären Stoff-

wechsels zu befreien. Darum verordnet Verf. das Atropinum methylo-bromatum erst, nachdem er für „Auswaschung" des Organismus durch „lymphagoge" Mittel gesorgt hat. Diesem Zweck dient am besten das Natriumcitrat, dessen Anwendung die erste Phase der Behandlung der exsudativen Diathese bildet. Erst in der Folge werden dann die auf Beschränkung der Exsudation abzielenden Präparate, insbesondere das Atropinum methylo-bromatum, allein oder zusammen mit Secale, angewendet. Die tägliche Dosis von 0,001 Atropinum methylo-bromatum hat sich im allgemeinen als ausreichend erwiesen; man kann dieselbe übrigens wesentlich steigern, und deutsche Ärzte konnten bei Kindern bis zu 0,005 geben, ohne üble Folgen zu erleben.

Unter den Komplikationen der exsudativen Diathese sind vor allem die chronischen Bronchitiden und die Bronchopneumonien das Objekt der Anwendung des Methylatropinum bromatum, das im gegebenen Fall nicht nur intern, sondern auch in Form von Inhalationen oder Insufflationen verordnet werden kann. Auch bei den auf dem Boden der exsudativen Diathese entstehenden Verdauungsstörungen vermag das Medikament ausgezeichnete Dienste zu leisten. Es ist besonders angezeigt in den Fällen von Sialorrhoe einesteils und gegen die Insuffizienz der Speichelabsonderung andererseits: bei Auswahl der zweckmäßigen Dosis kann man in dem einen wie anderen Fall Nutzen davon haben. Einige Male konnte Verf. den gewünschten Effekt auch dadurch erreichen, daß er das Atropinum methylo-bromatum nicht dem Kinde selbst, sondern der stillenden Mutter gab. In kleinen Dosen verringerte es keineswegs die Milchabsonderung und erwies sich nützlich für Mutter wie Kind. Andererseits können im Fall des Abstillens, bei Mastitis usw., sobald die Milchabsonderung zum Versiegen gebracht werden soll, die hohen Dosen Atropinum methylo-bromatum mit weniger Gefahren als Atropinum-Sulfat oder die Belladonna-Präparate versucht werden.

Die Anwendung des Atropinum methylo-bromatum empfiehlt sich auch bei spasmodischen Affektionen. Hier ist es übrigens schon von Böse und von Heimann gegen die Kinder-Eklampsie empfohlen worden, in Form von subkutanen Injektionen, in der Dosis von 0,0001 bis 0,0002. Verf. konnte seinerseits einen günstigen Effekt auf tetanische Krämpfe ebenso wie auf die nervösen Zustände rachitischen Ursprungs, insbesondere den Laryngospasmus, feststellen. Ebenso nützlich fand Verf. das Präparat bei Zittern, Nystagmus, choreatischen Bewegungen und Athetose. Gute Dienste leisteten die antispasmodischen Eigenschaften des Atropinum methylo-bromatum, die stärker sind als beim Atropinum sulfuricum in gewissen Fällen von Ileus, Enteritis muco-membranacea (diese meist nervösen Ursprungs), bei Sigmoiditis infolge von Kotstauung. Bei Incontinentia urinae nocturna sah Verf. eine bessere Wirkung als von Atropinum sulfuricum. Er verschreibt eine Mixtur: 0,003 Atropinum methylo-bromatum: 10,0 Tct. rhois aromat. 3 × pro die 10 Tropfen. Ebenfalls günstige Wirkung ergab sich bei vasomotorischem Ödem, besonders bei Urticaria, endlich bei Ödemen infolge von Absorption beträchtlicher Mengen von Natrium chloratum oder Natrium bicarbonicum.

H. Netter (Pforzheim).

F. F. Gundrum, Acute poliomyelitis in California. (California State Journ. of medic. Mai 1913.) Die Poliomyelitis tritt häufiger im Sommer auf. Sie beginnt öfter mit gastro-intestinalen Symptomen als mit meningealen. Der Ausbreitungsweg der Krankheit ist in den meisten Fällen nicht eruierbar. Vermittler sind wahrscheinlich die Menschen, möglicherweise aber auch Insekten oder andere Tiere. Kurt Mendel.

Viggo Christiansen, Lipodystrophia progressiva. (Aus der Neurologischen Poliklinik des Reichshospitals.) (Hospitalstidendi 1914 Nr. 8 u. 9.) Es handelte sich um ein 18jähriges Mädchen, bei dem das Leiden in ihrem sechsten Lebensjahr angefangen hatte. Die Patientin zeigte Mangel an subkutanem Fettgewebe in dem Gesicht, dem Truncus und den oberen Extremitäten, dagegen eine Hypertrophie desselben Gewebes über dem Becken und an den unteren Extremitäten.
Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

A. XIV. Versammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege, B. VI. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands, 2.—5. Juni 1914, Stuttgart.

(Nach D. m. W. 1914 Nr. 30.)

A.

Vorsitzender: Geh. Obermedizinalrat Dr. Abel in Berlin.

1. Ziehen (Wiesbaden): **Heilerziehungsheime für psychopathische Kinder.** Die psychopathischen Konstitutionen sind von den leichten und schweren Formen des angeborenen Schwachsinns von Grund aus verschieden; deshalb ist eine gemeinschaftliche Erziehung der Psychopathischen und Schwachsinnigen nicht ratsam, ja oft geradezu schädlich. Da auch die Irrenanstalten, Rettungshäuser usw. in ihrer jetzigen Organisation ungeeignet sind, und viele der psychopathischen Kinder bei der häuslichen Erziehung und dem gewöhnlichen Schulunterricht verkommen, ist die Gründung von besonderen Heilerziehungsheimen erforderlich. Die Psychopathen sind Individuen, die ein vollständig normales Gedächtnis und normale Urteilskraft besitzen, aber eine eigentümliche Abweichung ihres Affekts- und Phantasielebens aufweisen. Die Hauptursache ist schwere erbliche Belastung, schwere körperliche Erkrankungen, Infektionskrankheiten, namentlich in früher und frühester Kindheit, Alkoholismus usw. Die Prognose ist nicht ungünstig, wenn die psychopathischen Kinder rechtzeitig in zweckmäßige Behandlung, d. h. in besondere Heilerziehungsheime kommen. Ein solches ist in Templin bei Berlin vor einigen Jahren gegründet worden und hat ausgezeichnete Erfolge. Die Kinder bleiben zwischen einem halben und drei Jahren in der Anstalt; wer nach drei Jahren nicht geheilt ist, kann als verloren gelten. Wenn man bedenkt, was die Irren- und Epileptikeranstalten kosten, von deren Insassen die Menschheit meist nichts mehr hat, so wird die Notwendigkeit und Nützlichkeit der Psychopathenheime klar, deren Individuen zum großen Teil in das öffentliche Leben zurückkehren und nützliche Mitglieder der menschlichen Gesellschaft werden.

2. v. Scheurlen (Stuttgart): **Die neue Schularztorganisation in Württemberg.**

3. Referat: **Welche Anforderungen sind vom hygienischen Standpunkt an die Grundrißgestaltung des Schulhauses in Stadt und Land zu stellen und inwieweit bedürfen die behördlichen Bestimmungen einer Änderung.** Der medizinische Re



ferent, Selter (Leipzig), verlangt, daß die Grundrißgestaltung vom Schulzimmer als dem wichtigsten Teile des Schulhauses, ausgehe. Die höchste Schülerzahl sei 50, dementsprechend die Abmessungen des Schulzimmers 9 m Länge, 6 m Tiefe und 3,8—4 m lichte Höhe, so daß jedem Schüler ein Flächenraum von 1 qm und ein Luftraum von 4 cbm gesichert ist. Für die Schulzimmer ist eine solche Lage zu wählen, daß während des Unterrichts direkte Sonnenstrahlen nicht in das Zimmer fallen, also nach Westen, Nordwesten oder Nordosten. Auch eine Lage nach Norden ist bei gut gebauten Schulhäusern nicht unhygienisch. Der Schulplatz muß bei einklassigen Schulen mindestens 300 qm groß sein, bei Schulen bis zu 200 Kindern ist 3 qm, bei über 300 Kindern 2 qm pro Schulkind zu fordern. Die Kleiderablagen sind außerhalb des Schulzimmers im Korridor anzubringen. Die Aborte sind nach Möglichkeit in das Schulhaus zu verlegen; sollen sie in einem besonderen Bau untergebracht werden, so ist dieser mit dem Schulhaus durch einen gedeckten Gang zu verbinden. Statt einer Unterkellerung ist für die städtischen Schulen die Anlage eines möglichst ebenerdig gelegenen Sockelgeschosses vorzuziehen. Ein Schulhaus sollte außer Sockelgeschoß und Dachgeschoß nur drei Klassenzimmergeschosse mit höchstens 32 Klassen enthalten. Die einbündige Anlage ist günstiger wie das Mittelkorridorsystem. Die Klassenzimmer sind von der linken Schülerseite aus zu belichten, und zwar in einer derartigen Weise, daß auch der fensterfernste Platz noch von einem solchen Stück Himmel beleuchtet wird, das einem reduzierten Raumwinkel von 50 Graden entspricht.

Der technische Referent, Magistratsbaurat Uhlig (Dortmund), will unterscheiden zwischen denjenigen Forderungen, deren unbedingte Erfüllung verlangt wird, und denjenigen, deren Erfüllung nur bedingt verlangt oder überhaupt nur gewünscht wird. Die Vorschriften sollen keine zu weit ins einzelgehende Bestimmungen für die Ausführung der Schulgebäude enthalten, weil meist mit verschiedener Lösung derselbe Zweck erreicht werden kann. Im allgemeinen hält er die Forderungen des medizinischen Referenten für durchführbar und nicht zu weitgehend.

In der Diskussion erklärt Geheimer Oberbaurat Delius (Berlin), daß bei den Entwürfen für höhere Lehranstalten die meisten Forderungen des medizinischen Referenten erfüllt würden; was den höheren Lehranstalten recht sei, müßte aber auch den Volksschulen billig sein. — Baurat Schönfelder (Düsseldorf) bittet unbedingt für Westklassen einzutreten, Nord- und Nordostklassen dagegen zu vermeiden. — Regierungsrat Prof. Burgerstein (Wien) empfiehlt dort, wo sich ein genügend großer Schulhof nicht schaffen läßt, die Anlage von Dachterrassen als Spielplätze.

4. Referat: **Soll der Unterricht mit Antiqua oder Fraktur beginnen?** Der medizinische Referent, Priv.-Doz. Cords (Bonn), hat mit verschiedenen Methoden Untersuchungen über die bessere Lesbarkeit angestellt und ist zu dem Resultat gekommen, daß die Zahl der verwechselbaren Buchstaben bei Fraktur größer ist als bei Antiqua. Bei der Schreibschrift bestanden in dieser Beziehung keine wesentlichen Unterschiede. Bei der Druckschrift sind die Formen der Antiquabuchstaben einfacher; sie prägen sich leichter dem Gedächtnis ein und lassen sich daher besser mit dem Laut assoziieren, sie werden erstens schneller wieder erkannt und zweitens leichter reproduziert. Die Antiquabuchstaben lassen sich bequem in einfache Elemente zerlegen und aus solchen aufbauen. Die Ableitung der Schreibschrift aus der Druckschrift und umgekehrt ist bei Antiqua leichter. Es empfiehlt sich aus diesen Gründen, den Unterricht mit der Antiqua zu beginnen.

Der pädagogische Referent, Rektor O. Schmidt (Berlin): Die Verwendung der Antiqua gewährt im Anfangsunterricht methodische Vorteile, weil ihre Formen leichter aufzufassen, leichter zu behalten und darzustellen sind wie die der deutschen Schreibschrift. Durch das Darstellen der Lateinbuchstaben wird der Selbsttätigkeit des Kindes ein größerer Spielraum und reichere Anregung gewährt. Das schwierigere Schreiben der deutschen Schriftzeichen kann hinter den Beginn des Lesens hinausgeschoben werden. Der Übergang im Lesen von der gedruckten Antiqua zur gewöhnlichen Fraktur vollzieht sich ohne Schwierigkeiten; die Eigentümlichkeiten der Frakturzeichen werden durch Vergleichen mit den entsprechenden lateinischen Formen besser erkannt.

In der Diskussion teilte Erziehungssekretär Dr. Zollinger (Zürich) mit, daß im Kanton Zürich schon seit 1884 die Antiqua als Elementarschrift eingeführt sei, und daß man gute Erfahrungen damit gemacht habe. — Der Vertreter des

badischen Unterrichtsministeriums, Geheimer Regierungsrat Mathy (Karlsruhe), ist dafür, daß der Unterricht mit Antiqua beginnt und durch Zeichnen und Malübungen in der Lapidarschrift vorbereitet wird, wie es in Karlsruhe bereits in den Vorschulen der höheren Mädchenschulen geschieht. — Taubstummenlehrer Berger (Dresden) hat bei schwachsinnigen Gehörlosen den Schreibunterricht mit Antiqua begonnen und die Erfahrung gemacht, daß ein Schüler, der innerhalb von drei Jahren mittels der Fraktur weder Schreiben noch Lesen gelernt hatte, bei Anwendung der Antiqua fähig war, sich diese Fähigkeiten anzueignen. — Dr. Schackwitz (Kiel) hält die Ausführungen der beiden Referenten für nicht beweisend, daß die Einführung eines Anfangsunterrichts mit Antiqua Vorteile bringe. Es sei dies überhaupt eine Frage, in der der Schulhygieniker keine Stellung zu nehmen habe.

Die Versammlung war gegen zwei Stimmen für die Einführung der Antiqua im Anfangsunterricht.

5. Referat: **Die pädagogische und gesundheitliche Bedeutung der Schulstrafen.** Der pädagogische Referent, Schulrat Dr. Mosapp (Stuttgart), betonte, daß die Schule der pädagogischen Erziehungsmittel — Lohn und Strafe — nicht entbehren könne. Der allgemeine Charakter der Strafe soll aber nicht der eines regelmäßigen Nahrungsmittels, sondern der eines außerordentlichen, beim gegesunden Organismus nicht nötigen Arzneimittels sein. Es darf nicht zu viel gestraft werden, denn sonst verliert die Strafe an Wirksamkeit und stumpft ab. Bezüglich der Qualität der Strafe ist durchaus individuell zu verfahren und auf die besonderen Verhältnisse des Schülers, Alter, Geschlecht, körperliche Umstände, geistige Begabung usw. jede mögliche Rücksicht zu nehmen. Der Lehrer hat alles zu vermeiden, was für die Gesundheit der Schüler nachteilige Folgen haben könnte. Körperliche Bestrafung wird stets nur als das alleräußerste Erziehungsmittel da anzuwenden sein, wo alle anderen Mittel sich als wirkungslos erwiesen haben. Ihre Anwendung erfordert ein ganz besonderes Maß von Vorsicht, Weisheit und Selbstzucht seitens des Erziehers. Ihrer ganz zu entraten, vermag die Schule, wenn sie ihre Aufgaben, ein kraftvolles, tüchtiges Geschlecht heranzuziehen, nachkommen will, nicht; insbesondere die Volksschule, die es mit zum Teil sehr mangelhafter Erziehung zu tun hat, und der keinerlei Ausweisungsbefugnis zusteht, kann auf das Recht körperlicher Bestrafung nicht verzichten.

Der medizinische Referent, Dr. Moses (Mannheim), fordert, daß aus den Schulstrafen kein gesundheitlicher Schaden erwachsen darf. Es gibt Kategorien von Schülern, die körperlich oder seelisch gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber den Strafen, besonders gegenüber den Körperstrafen, aufweisen. Hierher gehören kränkliche oder gebrechliche, nervöse, psychopathisch veranlagte und geistesschwache Kinder, sowie jugendliche während der Pubertätszeit. In hygienischer Beziehung wirkt am bedenklichsten die körperliche Züchtigung. Den zu den schwersten Körperstrafen verleitenden sittlichen Verfehlungen liegen nicht selten krankhafte psychische Abartungen zugrunde, die durch die Strafe nicht gebessert werden, wohl aber eine Verschlimmerung erfahren können. Die Tätigkeit der Schulärzte muß auch für die Hygiene der Schulstrafen nutzbar gemacht werden sowohl in bezug auf die Beratung des Lehrers über das gesundheitlich erträgliche Maß der Strafe, wie in bezug auf die Auffindung der einer besonderen Schonung bei der Bestrafung bedürftigen Individuen.

In der Diskussion war man sowohl auf pädagogischer, wie schulärztlicher Seite geteilter Meinung, ob körperliche Strafen nötig seien. Betont wurde von mehreren Schulärzten, daß Überschreitungen des Züchtigungsrechtes doch öfter vorkämen, als man nach den gerichtlichen Entscheidungen glauben könnte.

B.

Vorsitzender: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Leubuscher (Meiningen).

1. Referat: **Der Schularzt in der Fortbildungsschule.** Schularzt Dr. Gettkant (Schöneberg) verlangte, daß die schulärztliche Überwachung der Fortbildungsschüler sich an die der Volksschüler anschließen müsse, und daß die Gesundheitsscheine von der Volksschule an die Fortbildungsschule abgegeben werden sollten. Gerade die Überwachung des fortbildungsschulpflichtigen Alters ist besonders geboten. Die Fortbildungsschüler sollen gegen die Gefahren, die mit einer event. falschen Berufswahl verbunden sind, geschützt und zu einer hygienisch



einwandfreien Lebensweise erzogen werden. Die Tätigkeit des Schularztes hat sich demnach außer der Überwachung des Schulbetriebs und der Untersuchung der Schüler auch auf die Unterweisung der Schüler in allgemeiner und Gewerbehygiene zu erstrecken. Als wichtigste Maßnahme zur Ertüchtigung der Jugend ist der obligatorische Turnunterricht zu fordern.

Nach Stadtrat Dr. Gottstein (Charlottenburg) unterscheidet sich die Stellung des Schularztes an der Fortbildungsschule in 3 wichtigen Punkten von der an den Gemeindeschulen und höheren Lehranstalten: 1. ist die Unterrichtszeit zu knapp, daß ihre Beschränkung durch zeitraubende Untersuchungen die Hauptaufgaben beeinträchtigt; 2. sind die Schüler außer von der Schule noch von ihrem Lehrherrn abhängig; 3. sind sie in ihrer übergroßen Mehrheit versicherte Mitglieder von Krankenkassen. Wenn sich die Tätigkeit des Schularztes nur auf Beratung bei der Berufswahl, auf ärztliche Mitwirkung bei besonderen Vorfällen des Schulbetriebs beschränkt, ist die Tätigkeit im Nebenamt zulässig, soll sie aber den Unterricht in der Gesundheitspflege und über Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten einschließen, so empfiehlt sich die Anstellung im Hauptamt. Der Schularzt wird dann voll beschäftigtes, dem Direktor untergeordnetes technisches Mitglied des Lehrerkollegiums. An der Fortbildungsschule für Mädchen bedarf es wegen der Sonderfärbung der Aufgaben im Unterricht und bei Überwachung des Gesundheitszustandes der Anstellung eines weiblichen Arztes.

In der Diskussion wurde widersprochen, daß der hauptamtliche Schularzt dem Direktor unterstellt werden sollte; auch bei Fortbildungsschülerinnen würde die Untersuchung durch einen verheirateten Arzt keine Schwierigkeiten finden. Die Kostenfrage sollte mit Hilfe der Krankenkassen und Versicherungsanstalten gelöst werden, da diese seit Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung zu vorbeugender Tätigkeit verpflichtet seien. — Ministerialrat Friedel (Stuttgart) teilt mit, daß in Württemberg allgemeiner Fortbildungsschulzwang bestehe und nach dem Oberamtsgesetz sich die Tätigkeit des Schularztes auch auf die Fortbildungsschulen erstrecke. Schüleruntersuchungen haben bis jetzt in der Weise stattgefunden, daß der jüngste Jahrgang insbesondere daraufhin untersucht wurde, ob gegen den gewählten Beruf der Schüler im Hinblick auf seine Körperbeschaffenheit und seinen Gesundheitszustand keine Bedenken bestehen.

2. Referat: **Der Schularzt an höheren Knaben- und Mädchenschulen.** Dr. Dörnberger (München) sieht die Aufgabe der Schulärzte hier in möglichst frühzeitiger Erkenntnis von körperlichen und geistigen Fehlern, Minderwertigkeiten und Krankheiten. Mindestens sind alle Ein- und Austretenden und eine Mittelklasse, am besten die Untersekunda, zu untersuchen. Körperliche und geistige Veränderungen und Nachlaß der Schulleistung, Stillstand oder Abnahme von Körpermaß und Gewicht, schwere disziplinare Vergehen sollen veranlassen, den Schularzt zu Rate zu ziehen.

Schulärztin Helene Friederike Stelzner (Charlottenburg) betonte, daß die wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungsvorgänge einen großen Teil der Frauenwelt zur höheren intellektuellen Ausbildung gedrängt haben. Die dadurch bedingte Steigerung der Anforderungen an den weiblichen Gesamtorganismus ruft zu weitgehenden hygienischen Maßnahmen heraus, als deren notwendigste die Anstellung von Schulärztinnen an den höheren Mädchenschulen anzusehen ist. Besondere Aufmerksamkeit ist den Mädchen im Entwicklungsalter zu widmen, da Schädigungen in dieser Zeit das ganze künftige Frauendasein ungünstig beeinflussen können. Nötig ist die gründliche Untersuchung aller für das Gymnasium oder einer dieser gleichstehenden Anstalten Vorgemerkten, um ungeeignete Elemente auszuschalten und sie vor Überanstrengung in den akademischen Berufen zu bewahren. Daneben steht dem Schularzt noch zu, Forschungen darüber anzustellen, ob die nach den heute geltenden Gesichtspunkten geforderten Schulleistungen, namentlich soweit sie für intellektuelle Berufsarbeit vorbereiten, an den weiblichen Organismus zu starke Anforderungen stellen und etwa geeignet sind, dessen natürliche Funktionen zu schädigen und zu beeinträchtigen, und welche Maßregeln ärztlicherseits dagegen vorzuschlagen wären. Wünschenswert, aber nicht unbedingt notwendig ist die Anstellung von weiblichen Ärzten.

In der Diskussion erklärt Steinhaus (Dortmund), daß an den Lyzeen Anämie, habitueller Kopfschmerz und Veränderungen an der Wirbelsäule die häufigsten Krankheitszustände seien. Die Dispensationen von einzelnen Unterrichtsfächern haben einen solchen erschreckenden und oft genug unbegründeten

Umfang angenommen, daß die Direktoren der Anstalten nach einer amtlichen Kontrolle Verlangen tragen.

3. **Hausaufgaben an höheren Schulen.** Von Dr. Flachs (Dresden): Hausaufgaben sind notwendig und die gesetzlichen Bestimmungen über das Maß derselben ausreichend, wenn diese richtig durchgeführt werden. Erforderlich sind Ausschaltung minderwertigen Schülermaterials, Einteilung in kleinere Klassen von höchstens 30 Schülern, Fortfall des Nachmittagsunterrichts und Heraushebung der körperlichen Erziehung.

4. **Berichterstattung der nebenamtlich angestellten Schulärzte.** Dr. Kloberg (Leipzig): Er schlägt ein ins einzelne gehende Formular für den Jahresbericht vor, das auf Grund eines genau geregelten Aufzeichnungswesens der schulärztlichen Tätigkeit während des Jahres leicht auszufüllen ist. Die Berichte können von dem leitenden Schularzt oder Stadtarzt dann bequem zu einem Gesamtbericht vereinigt werden; diese Zusammenfassung sämtlicher Jahresberichte eines größeren Gebietes (Stadt, Kreis) läßt erkennen, in welchen Gebieten etwa die schulärztliche Tätigkeit für die einzelne Schule einer weiteren Ausgestaltung fähig oder wo sonst in hygienischer Beziehung einzugreifen ist.

Als Ort der nächsten Versammlung, Pfingsten 1915, wurde Hamburg gewählt.

IV. Neue Bücher.

D. O. Kuthy u. A. Wolff-Eisner, **Die Prognosenstellung bei der Lungentuberkulose.** Wien u. Berlin, Urban & Schwarzenberg. Preis 18 M.

Die Prognose der inneren Krankheiten ist immer in den Lehrbüchern stiefmütterlich behandelt worden, und namentlich bei der Phthise pflegte man sich recht kurz zu fassen. Es war ja auch in der Tat nicht viel zu sagen. Heutzutage, wo die Diagnostik und Therapie des Leidens eine ungemeine Erweiterung und Vervollkommnung erfahren haben, steht die Sache anders. Wieviel darüber zu sagen ist, zeigt am besten das vorliegende, fast 600 Seiten starke Buch, in dem wir nichts Überflüssiges finden, sondern nur das ausgesprochen wird, was tatsächlich zur Sache gehört und praktisch verwendet werden kann. Die Autoren haben sich ein großes Verdienst erworben, indem sie alle jene Momente, die zur Zeit bei der Prognosenstellung in Betracht kommen, genau erörtert und uns so für die Praxis einen Führer geschenkt haben, der an Übersichtlichkeit, Genauigkeit und Zuverlässigkeit nichts zu wünschen übrig läßt. Und daß wir nach dieser Richtung hin einen solchen Führer gerade bei der Lungentuberkulose oft genug schmerzlich vermißt haben, wird niemand leugnen, der in der Praxis steht. Das vorliegende Werk wird, diese Lücke ausfüllend — und in zweckmäßigster Weise ausfüllend —, jedem Praktiker die besten Dienste leisten. — Im gleichen Verlage erschien: **„Zur Klinik des Lymphatismus und anderer Konstitutionsanomalien.“** Von Dr. E. Stoeck. Auch dieses, 90 Seiten starke Buch bietet viel Interessantes und Anregendes für den Pädiater und ist warm zu empfehlen. Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Berlin. In der Universitätsklinik werden von jetzt ab die Kinder von Angehörigen des Soldatenstandes aus Berlin und Umgebung täglich von 9—11 und von 3—4 Uhr kostenlos behandelt. — Das Gleiche ist der Fall im Säuglingskrankenhaus Weissensee.

— Der Vorstand der Gesellschaft für Kinderheilkunde ist erbötig, Personen, Vereinen, Körperschaften, die öffentliche Einrichtungen für Kinder zu schaffen die Absicht haben, beratend zur Seite zu stehen. Anfragen und Meldungen an den Schriftführer Prof. Müller, Bayreuther Str. 5.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

19. Jahrgang. 1. November 1914. Nr. 11.

I. Originalbeiträge.

Varizellen-Erkrankung in zwei Schüben mit begleitendem Erythem.

Von

Dr. **O. Silberknopf**

in Wien.

Folgender Fall von Varizellen soll wegen einiger Abweichungen vom normalen Verlauf mitgeteilt werden, da solche seltenen Änderungen eines typischen Krankheitsbildes geeignet sind, diagnostische Zweifel zu erwecken.

Ein 7jähriges Mädchen, M. E., besucht eine öffentliche Schule, wo zu jener Zeit gerade eine ausgedehnte Varizellenepidemie herrscht. Aus diesem Grunde wurde das Kind von der Mutter täglich einer genauen Inspektion unterzogen.

Am 19. III. 14 werde ich zu dem Kinde gerufen und finde am Stamme zerstreut in toto ca. 10—15 linsengroße, blaßrote, kreisrunde Flecke im Niveau der Haut, welche auf Druck vollständig abblassen. Es fehlt jegliches Infiltrat; Bläschenbildung nirgends sichtbar. Einzelne Flecke tragen im Zentrum ein kleines Börkchen. Es besteht mäßiger Juckreiz. Prodrome sind nicht vorangegangen. Das Allgemeinbefinden ist nicht gestört. Temperatur in axilla gemessen 36,6°. Eine Verwechslung mit Lichen urticatus ist durch Aussehen und Gruppierung der Effloreszenzen ausgeschlossen. Mit Rücksicht auf die Epidemie in der Schule diagnostiziere ich trotz der geringen Erscheinungen Varizellen und prophezeie den großen Ausbruch für den folgenden Tag. Doch nach 24 Stunden waren die Flecke vollständig verschwunden, neue waren nicht aufgetreten. Ebenso kamen in den folgenden Tagen keine neuen Eruptionen. Das Kind war vollständig wohl, nur schwankte die Temperatur zwischen 36,8 und 37,6°.

Am 25. III., also 6 Tage nach dem Auftreten der erwähnten Flecke, konstatiere ich an dem Kinde ein über Stamm und Extremitäten ziemlich gleichmäßig ausgebreitetes Erythem. Die Temperatur stieg am Abend dieses Tages auf 39,4°. Am nächsten Tag war das Erythem abgeblaßt, die Temperatur auf 37,4° gesunken.

Am 27. III., 7 Tage nach dem Auftreten der ersten Flecke und 2 Tage nach dem Erythem, finde ich den Stamm weniger, Gesicht, behaarte Kopfhaut und Extremitäten reichlich bedeckt mit linsengroßen bis kleinhellergroßen, hellroten Flecken. Am nächsten Tag war ein Teil der Flecke abgeblaßt, während neue aufgetreten waren. Auf einem geringen Teil der Effloreszenzen hatte sich ein stecknadelkopfgroßes, wasserhelles Bläschen gebildet, das von einem roten Hof umgeben war. Das Allgemeinbefinden war bis auf den Juckreiz nicht gestört, die Temperatur normal. Die Bläschen trockneten rasch ein. In den 2 folgenden Tagen kamen nur geringe Nachschübe. Nach 8 Tagen war die Krankheit abgelaufen.

Das Atypische an diesem Falle ist vor allem der verzögerte Ausbruch. Denn nach dem späteren Verlauf kann es nicht zweifel-

haft sein, daß die wenigen, der großen Eruption um 8 Tage vorangegangenen und nach 24 Stunden wieder verschwundenen Flecke bereits Varizellen waren. Nachschübe, die lange Zeit nach Ausbruch der Erkrankung auftraten, sind schon oft beschrieben worden. So sah Thomas noch einen Monat nach Beginn der Erkrankung einzelne neue Bläschen auftreten. Doch konnte ich in der Literatur keinen Fall finden, in welchem, wie in obigem, einzelne Effloreszenzen der Haupteruption so lange vorangegangen und von dieser durch ein mehrtägiges freies Intervall getrennt waren.

Was das Erythem bei Varizellen betrifft, so wurde dasselbe bereits öfter beobachtet, wenn es auch im ganzen höchst selten zu sein scheint, da auch sehr erfahrene Praktiker es selbst noch nie gesehen haben. Thomas beschreibt einen Fall, in welchem 15 Stunden vor dem Ausbruch der Varizellen bei einer Temperatur von 41,6° ein Erythem auftrat. Baginsky, Comby und Audeart berichten über Fälle, in denen dem Ausbruch der Effloreszenzen eine diffuse Röte voranging. Im Arch. f. Kindhlk., Bd. 30, schreibt Netter: „Einige Male wurde von uns ein der Bläscheneruption vorangehendes, mehr oder weniger ausgebreitetes Erythem beobachtet.“ Doch in all diesen Fällen handelt es sich um ein der Varizelleneruption nur kurze Zeit vorangehendes Erythem, während in meinem Falle das Erythem in den Krankheitsverlauf eingeschoben war, da es erst 6 Tage nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen auftrat und der Haupteruption um 2 volle Tage voranging.

Das Zusammentreffen des verzögerten Ausbruches der Varizellen mit einem interkurrenten Erythem macht diesen Fall wohl bemerkenswert.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Gustav Jörgensen, Untersuchungen über Kochsalzfieber bei Säuglingen. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 Nr. 7. S. 386—398.) Die Injektionen wurden an 32 Kindern, die zusammen 56 Injektionen erhielten, ausgeführt. Die Beobachtungen ergeben die Bestätigung der Versuche von Samelson, Bendix und Bergmann, daß nämlich die Fieberreaktion nach subkutaner Injektion physiologischer Kochsalzlösung bei Verwendung frisch destillierten Wassers ausbleibt.

Schick (Wien).

Ernst Tezner, Anteilnahme des sympathischen Nervensystems an den Erkrankungen des Säuglings. (Mschr. f. Kindhlk. 12. 1913 Nr. 7. S. 399—422.) Bei schwerkranken Säuglingen kommt ein Symptomenkomplex vor, der sich nur durch eine Hypotonie bzw. Atonie des kranial-sympathischen Systems erklären läßt. Derselbe besteht in Verengerung der Pupille, Injektion und Austrocknungserscheinungen der Bindehaut, trockener roter Zunge und Mundschleimhaut, livider Haut und Hyperämie der Hirnhäute und der

platten Schädelknochen und möglicherweise auch des Gehirns. Von den Ernährungsstörungen sind es die schweren, akuten Toxikosen (Intoxikation), bei denen sich ausnahmslos die Sympatikushypotonie einstellt. Bei den reinen chronischen Nährschäden fehlt sie immer. Schwerkranke Frühgeburten haben in den ersten 3 Monaten eine größere Neigung zur Sympatikushypotonie als ausgetragene Säuglinge. Die Sympatikuslähmung ist ein äußerst ungünstiges prognostisches Zeichen. Ausnahmsweise ist aber trotz schwerer Gefäßlähmung Heilung möglich.

Schick (Wien).

H. Kleinschmidt, Ernährung und Antikörperbildung. (Mschr. f. Kinderhlk. 12. 1913 Nr. 7. S. 423—442.) Junge Hunde brauchen bei künstlicher Ernährung während der Säugungsperiode, ebenso bei einer mit Kohlehydraten oder Fett extrem angereicherten Kost keinerlei Störung in der Antikörperbildung zu erfahren (Haemolysine, Agglutinine, Bakteriozidine). Junge Hunde können, soweit ein Urteil möglich ist, durch Ernährungsstörungen infolge künstlicher Ernährung während der Säuglingsperiode in der Hämolysinbildung beeinträchtigt werden. Die Fähigkeit zur Hämolysinbildung kann im Reparationsstadium von Ernährungsstörungen annähernd normal entwickelt sein, auch wenn die allgemeine körperliche Entwicklung noch erheblich im Rückstande ist. Schick (Wien).

A. Schkarin und **W. Kufajeff,** Beiträge zur Frage über die Wirkung von Solbädern auf den kindlichen Organismus. (Zschr. f. Kindhlk. 7. 1913 Nr. 6. S. 413.) Von jeher wird den Solbädern eine bemerkenswerte Heilwirkung auf skrofulöse, rachitische, lymphatische oder schwächliche Kinder jedes Alters zugeschrieben, die sich in einer Anregung der Zirkulation und Perspiration und in einer allgemeinen Steigerung der Oxydationsvorgänge im Organismus geltend machen soll. Wenigstens in bezug auf das Kindesalter beruht indessen die Wertschätzung dieser Bäder im wesentlichen auf der praktischen Erfahrung, durch exakte, wissenschaftliche Untersuchungsmethoden ist sie noch nicht hinreichend begründet worden. Nur Heubner hat Stoffwechseluntersuchungen bei zwei Kindern vorgenommen. Die Vornahme weiterer Untersuchungen beim Kinde ist von großem Interesse. Die Autoren untersuchten 5 Fälle. Bei allen 5 Fällen wiederholte sich mit absoluter Gesetzmäßigkeit eine und dieselbe Tatsache: Unter dem Einfluß der im Laufe von 9 Tagen gebrauchten Bäder sinkt die N-Retention in einer mehr oder weniger beträchtlichen Weise, wogegen das Maximum der Resorption, obgleich sinkend, jedoch höchst unbedeutend und keineswegs beständig ist. Nach der Einstellung der Bäder steigt die Retention wieder an. Es spricht dies dafür, daß der Nutzen der Bäderkur oft erst nach Ablauf eines gewissen Zeitraumes nach der Kur zum Vorschein kommt. Es unterliegt keinem Zweifel, daß nicht alle Kinder in gleicher Weise auf die Solbäder reagieren. Man kann sich leicht vorstellen, daß ein schwächlicher kindlicher Organismus durch die künstliche Steigerung des Stickstoffwechsels mittels Solbäder geschwächt wird und in der Nachperiode nicht imstande wäre, in günstige Verhältnisse für den Stickstoffwechsel einzutreten. Dies konnten die Autoren bei einem

9 Monate alten Kinde mit Atrophie beobachten. Ungeachtet der Vorsicht, mit welcher die Bäder gemacht wurden, verursachten sie ein bedeutendes Sinken der N-Retention, das in der Nachperiode noch intensiver wurde. Es ist zweifellos, daß diese Kur für ein atrophisches Kind zu energisch war, und daß das Kind nicht imstande war, die bereits gesunkenen Kräfte seines Organismus zu heben. Alle diese Tatsachen beweisen mit genügender Objektivität und Sicherheit, daß der Gebrauch von Solbädern in der Kinderpraxis auf einem strikt wissenschaftlichen Grunde basiert ist, d. h. auf der Wirkung solcher Bäder auf den Stickstoffwechsel im Sinne einer Förderung der Oxydationsvorgänge. Der den Kindern mit einem herabgesetzten Stoffwechsel, mit einer Anlage zu Stauungen in den lymphatischen Gefäßen erwachsende Nutzen scheint dadurch bedingt zu sein, daß während der dem Einstellen von Bädern folgenden Periode die N-Resorption bedeutender wird; die Kinder nehmen an Gewicht zu und beginnen energisch zu wachsen. Auf eine günstige Wirkung der Solbäder darf man sonach nur in Fällen rechnen, wo der Organismus stark genug ist, um nach der Kur in die Phase der Herabsetzung der N-Ausscheidung einzutreten, wogegen bei Kindern, bei welchen eine solche Reaktion während der Nachperiode nicht eintritt, diese Kur kaum angebracht sein dürfte. Schick (Wien).

W. Stoeltzner, Über Tetaniekatarakt. (Zschr. f. Kindhlk. 7. 1913 Nr. 6. S. 425.) Verf. hat überlebende Säugetierlinsen in linsenisotonische Lösungen der Natrium-, Kalium-, Magnesium- und Kalziumsalze der Salz-, Ameisen-, Essig-, Propion- und Rhodanwasserstoffsäure, außerdem in Lösungen von Chlorstrontium und Chlorbarium eingelegt. (90 Versuche: 50 betrafen Linsen von Schweinen, 29 Linsen von Rindern, 11 Linsen von Kaninchen.) Die Versuche ergaben folgendes Resultat:

In Ca-freien linsenisotonischen Lösungen von Na- und K-Salzen haben überlebende Säugetierlinsen ausnahmslos keine Trübung erlitten. In linsenisotonischen Lösungen von Ca-Salzen derselben Säuren ist dagegen ausnahmslos eine starke Trübung der Linsen eingetreten. Histologisch beruht die in den Ca-Lösungen eingetretene Linsentrübung auf einer schweren Veränderung der Linsenfasern; die Fasern schwellen an und zerfallen schließlich vollständig; auch das Linsenepithel geht größtenteils zugrunde. Soweit sich ein akut entstandener Zustand mit einem chronisch entstandenen vergleichen läßt, entspricht histologisch die experimentelle Linsentrübung in Ca-Lösungen recht gut dem Tetaniekatarakt. Mit der Ansicht, daß der Tetanie eine Verarmung der Gewebsflüssigkeiten an Ca zugrunde liege, sind die Ergebnisse der vorliegenden Versuche nicht in Einklang zu bringen. Ganz dieselbe Fähigkeit wie das Ca, Linsentrübungen zu erzeugen, haben Strontium und Barium. Auch in linsenisotonischen Lösungen von Mg-Salzen treten Linsentrübungen auf; dieselben betreffen aber immer nur einzelne meridionale Streifen, während die dazwischen liegenden Bezirke klar durchsichtig bleiben. Daß im lebenden Körper der Mg-Gehalt der Gewebeflüssigkeiten eine so bedeutende Erhöhung sollte erfahren können, daß infolgedessen Linsentrübungen eintreten,

ist bei dem sehr geringen Mg-Gehalt des Blutes und der Lymphe sehr unwahrscheinlich. Von den im menschlichen Körper physiologischerweise vorkommenden fixen Alkalien und alkalischen Erden kann demnach nur das Ca als Ursache von Kataraktbildung in Betracht kommen. Schick (Wien).

Viereck, Aus der Pathologie des vegetativen Nervensystems beim Kinde. (Zschr. f. Kindhlk. 7. 1913 Nr. 6. S. 433.) Pilokarpinversuche (Injektion von 0,1—1 mg) bei 9 Kindern bewirkten bei jüngeren Kindern Speichelfluß und Tränensekretion. Bei 3 exsudativen und 4 größeren Kindern mit Störungen im Bereiche des vegetativen Nervensystems zeigte sich geringer Schweißausbruch. Puls und Blutdruck wurden verfolgt und zeigten keine sehr deutlichen Schwankungen. Evidenter sind die Wirkungen des Atropins im Sinne einer Pulsbeschleunigung. Im Übrigen zeigten sich bei der Prüfung der Erregbarkeit des autonomen und sympathischen Nervensystems große Schwierigkeiten, da vagotonische und sympatikotonische Symptome bei demselben Kinde nicht nur nebeneinander auftreten können, sondern auch Schwankungen aufweisen. Trotzdem dürften weitere Versuche auch im Kindesalter deutbare Resultate geben.

Schick (Wien).

Über den Einfluß der Molke auf das Darmepithel. (Jahrb. f. Kindhlk. 79. 1914 3. Folge. 29. Bd. S. 645ff.

I. Mitteilung von **E. Moro.** Verf. geht aus von der L. F. Meyerschen Hypothese, daß die Darmzelle des menschlichen Säuglings ihre Funktion der Nahrung gegenüber nur dann glatt und ungestört vollzieht, wenn sie von der ihr adäquaten Frauenmilchmolke umspült wird, während ein heterologes Salzmedium, wie die Kuhmilchmolke, einen schädigenden Einfluß auf sie ausübt. Um dieser Frage experimentell beizukommen, sucht Verf. neue Wege. Da die Meyerschen „Molkenaustauschversuche" das Fundament jener Erwägungen bilden, mußten sie wiederholt werden. Ergebnis: Unter Umständen vermag die Art der Molke den Ernährungseffekt offenkundig zu beeinflussen, die Versuche berechtigen aber nicht zu dem allgemeinen Schlusse, daß die Hauptdifferenz in der Wirkung von Frauenmilch und Kuhmilch in der Verschiedenheit beider Molken gelegen sei.

Der Einfluß der Molke auf die isolierte Darmzelle wurde zunächst mit der „vitalen Färbung" studiert, d. h. es wurde an überlebenden Darmzellen durch fortlaufende Färbungen die in den betreffenden Medien erfolgende Zellschädigung festgestellt, die sich in einem Distinktwerden der Kernfärbung dokumentiert. Wegen großer Mängel wurde diese Methodik aufgegeben und zum erstenmal die „Methode der Zellatmung" auf das Darmepithel angewandt. Prinzip: Überlebendes Epithel wird mit O_2-gesättigten Blutkörperchen zusammengebracht. Die Epithelzellen nehmen den O_2 für sich in Anspruch, das Verarmen der roten Blutkörperchen wird manometrisch bestimmt und gilt als Maßstab für die Intensität der stattgehabten Zellatmung. Genauere Technik siehe im Original. Vergleichende Bestimmungen über den Einfluß von Frauen- und Kuhmilchmolke auf die Atmung von Rinderdarmzellen ergaben ausnahmslos, daß die letzteren im

Medium der homologen Kuhmolke einen wesentlich höheren Oxydationswert erreichen als im Medium der heterologen Frauenmilchmolke. Zwischen Milch- und Molkenwirkung im Bereiche der gleichen Art bestehen keine wesentliche Unterschiede.

II. Mitteilung von **H. Hahn** und **E. Moro** (S. 664). Läßt sich nach der Zellatmungsmethode eine artspezifische Wirkung der Molken auf das Darmepithel erkennen oder nicht? Der Oxydationseffekt der Darmzellen verschiedener Tierarten war im homologen Molkenmedium durchwegs größer als in Menschenmolke. Geringer war die Differenz gegenüber Kuhmolke. Schwein und Ziege zeigten gegenüber Kuhmolke überhaupt keinen Unterschied. Darmzellen von älteren Kindern und von künstlich genährten Säuglingen gaben ungefähr gleich große Oxydationswerte in Kuh-, Ziegen- und Frauenmolke. Beim Darmepithel von Frühgeburten und Neugeborenen trat hingegen ein deutlicher Unterschied zugunsten der homologen Frauenmolke zutage.

III. Mitteilung von **Hayashi** (S. 674). Kolostrumversuche nach der Zellatmungsmethode. Resultat: „Eine die Darmzellatmung des Neugeborenen und jungen Kalbes begünstigende Wirkung der Kolostralmolke im Vergleich zur gewöhnlichen Kuhmolke ist nicht nachweisbar.“ Erstkolostrum und ältere Kolostralmolke verhalten sich gleichartig.

IV. Mitteilung von **L. Klocman** und **E. Moro** (S. 676). Versuche zur Ermittlung der verschiedenen Wirkungen homologer und heterologer Molke auf die Darmzellatmung. Thermo- oder koktolabilen Bestandteilen der Molke kommt kein befördernder Einfluß zu. Ebensowenig hat das Eiweiß Einfluß. Enteiweißte Molke entfaltet dieselbe artspezifische Wirkung wie eiweißhaltige. Naheliegend ist es daher, in den Molkensalzen das punctum saliens zu erblicken. In der Tat bildet die genuine oder unveränderte, enteiweißte Molke die idealsten Verhältnisse. Veränderung der Konzentration oder des Druckes nach oben oder unten führt stets zur Verschlechterung der „Salzwirkung“. Neben dieser Salzwirkung ist aber auch noch eine andere wirksame Komponente anzunehmen, denn auch mit den abdialysierten, salzfreien Molkenrückständen läßt sich dieselbe artspezifische Wirkung erzielen wie mit gemeiner Molke. Verff. vermuten wirksame Lipoidsubstanzen.

V. Mitteilung von **E. Freudenberg** und **G. Schofmann** (S. 685). Wiederum Studien am überlebenden Kälberdarm, und zwar, betreffend die Resorption des Milchzuckers unter dem Einfluß der Molke. Genauere Methodik siehe im Original. Ergebnis: Aus Frauenmolke verschwinden absolut und prozentual wesentlich geringere Zuckermengen als aus Kuhmolke. Es kann sich nicht um Diffusionsvorgang handeln. Da der Kalbsdarm aus Milchzuckerlösung fast gerade so gut resorbiert wie aus Kuhmolke, wird ein besonderer Nutzeffekt seitens der Kuhmolke ausgeschlossen. Dagegen besitzt die Frauenmolke ein eliminierbares, resorptionshemmendes Element, wahrscheinlich im Eiweiß. Eiweißfreie Kuhmolke verhält sich wie genuine, eiweißfreie Frauenmolke ist ebenso günstig wie Kuhmolke. Verdaute Molken, heterologische und homologische, geben keine Differenz. Husler (München)

R. Otto, Über den Gehalt des Blutes an Diphtherie-Antitoxin bei gesunden Erwachsenen, Rekonvaleszenten und Bazillenträgern, nebst Bemerkungen über die Bedeutung der letzteren bei der Diphtherie. (Aus dem Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin.) (D. m. W. 1914 Nr. 11.) 1. Die Antitoxinuntersuchungen haben die alte Erfahrung bestätigt, nach der mit dem Vorkommen von Antitoxin bei einem großen Prozentsatz der Erwachsenen zu rechnen ist.

2. Dieser Prozentsatz ist am größten bei den Personen, die — wie das Krankenhauspersonal — dauernd Infektionen mit Diphtherie ausgesetzt sind.

3. Bazillenträger und Dauerausscheider zeigten einen hohen, sonstige Rekonvaleszenten einen weniger hohen Antitoxingehalt. Eine einmalige Infektion mit Diphtherie erzeugt demnach in der Regel wohl keine besonders hohe Immunität, hierzu sind wahrscheinlich wiederholte Infektionen notwendig.

4. Die gesunden Bazillenträger machen z. T. larvierte, klinisch nicht in Erscheinung tretende Infektionen durch, wie aus dem Ansteigen des Antitoxingehaltes während bzw. nach der Periode des positiven Bazillenbefundes hervorgeht. Grätzer.

K. Joseph (Höchst a. M.), Die Anaphylaxiegefahr bei der Anwendung des Diphtherieserums und ihre Verhütung. (Ebenda.) Verf. glaubt zu der Behauptung berechtigt zu sein, daß die Furcht vor der Anaphylaxie unbegründet ist, da uns zu ihrer Verhütung wirksame Maßnahmen zur Verfügung stehen, nämlich die Erzeugung des antianaphylaktischen Zustandes oder die Verwendung des Diphtherierinderserums. Ist z. B. anamnestisch festgestellt, oder liegt der Verdacht vor, daß bereits früher eine Seruminjektion stattgefunden hat, wird man zweckmäßig, falls es sich um eine therapeutische Maßnahme handelt, das Neufeld-Besredka- oder Friedberger-Mitasche Verfahren verwenden, um den Organismus in den Zustand der Antianaphylaxie zu versetzen. In diesem Zustand ist der sensibilisierte Organismus refraktär gegen jede therapeutisch notwendige Serummenge, gleichgültig, welche Applikationsweise gewählt wird. Handelt es sich dagegen um Erstinjektionen und insbesondere um prophylaktische Serumimpfungen, so empfiehlt sich die Anwendung des Diphtherierinderserums, um die Möglichkeit zu haben, späteren Infektionen mit dem hochwertigen Pferdeserum sofort energisch entgegentreten zu können. Es steht dem anderseits natürlich nichts im Wege, auch bei mit Pferdeserum sensibilisierten Patienten Diphtherierinderserum therapeutisch zu verwenden. Grätzer.

J. Bauer, Über die Prophylaxe der Diphtherie nach v. Behring. (Aus der Akademischen Klinik für Kinderheilkunde in Düsseldorf.) (D. m. W. 1914 Nr. 12.) Wenn Verf. seine bisherigen Resultate mit der Prophylaxe der Diphtherie zusammenfaßt, so ist er der Überzeugung, daß uns das v. Behringsche Schutzmittel gute Dienste leisten kann da, wo es sich darum handelt, diphtheriegefährdete Personen gegen eine Infektion zu schützen. Auch Diphtheriekeimträger werden nach seinen Erfahrungen durch Anwendung dieses Vakzins

vor der Gefahr einer Diphtherieerkrankung geschützt. Sie verlieren aber durch die ausschließliche Vakzinbehandlung ihre Bazillen nicht.
Grätzer.

Wilhelm Buttermilch, Die klinische Bewertung der Bakterientypen bei Nasendiphtherie der Säuglinge. (Aus dem Gemeinde-Säuglingskrankenhaus in Berlin-Weißensee.) (Ebenda.) Die Differenzierung der echten Diphtheriebazillen von den Diphtheroiden bzw. avirulenten ist für die Säuglingskliniken von großer Bedeutung. Gerade die avirulenten und atypischen Formen machen bei den Untersuchungen des Nasensekrets der Säuglinge häufig außerordentliche Schwierigkeiten. Die Anschauung Neissers, daß der geschulte Bakteriologe selten auf zweifelhafte Befunde stößt, trifft sicher für das typische Material zu. Beim Nasensekret aber bieten selbst die Institute, die über die größte Übung und Erfahrung verfügen, untereinander widersprechende Resultate. Deshalb lassen sich Statistiken über die Häufigkeit des Vorkommens von Diphtheriebazillen in Säuglingskliniken einwandfrei nur dann aufstellen, wenn alle Hilfsmittel bis zur Tierkontrolle zur Differenzierung der echten von den Pseudodiphtheriebazillen und von den avirulenten Stämmen durchgeführt sind.

Im Säuglingskrankenhaus, in dem unter 65 Kindern 3 Fälle von echter Nasendiphtherie, 2 Fälle von Bazillenträgern mit virulenten, 5 Fälle von Bazillenträgern mit avirulenten Bazillen und Diphtheroiden festgestellt wurden, werden von den Befunden die Isolierung und die weiteren hygienischen Maßnahmen abhängig gemacht. Die echten Nasendiphtherien mit vollvirulenten Bazillen werden auf die Baracke gelegt, ebenso werden die Kinder, die ohne klinischen Befund virulente Diphtheriebazillen tragen bzw. ausscheiden, abgesondert. Die Bazillenträger von avirulenten Bazillen oder Diphtheroiden werden auf die Station gelegt; hat sich doch bisher weder bakteriologisch eine Umzüchtung der avirulenten in virulente, oder umgekehrt, erzielen lassen, noch spricht die klinische Erfahrung für einen solchen Übergang. Die Beobachtung, daß Diphtheroide neben echten virulenten Bazillen sowie in der Rekonvaleszenz von Diphtherie so oft gefunden werden, findet ihre Erklärung in dem an und für sich häufigen Vorkommen von avirulenten und Pseudodiphtheriebazillen auf gesunder, namentlich aber auch erkrankter Nasenschleimhaut (Rhinitis simplex, luetica, Ozaena). Von großem Wert ist die Untersuchung des Haus- und Pflegepersonals und der Ärzte.

Schutzimpfungen werden nur bei den Kindern vorgenommen, die auf Diphtherietoxin eine positive Intrakutanreaktion zeigen, also genügend Schutzkörper in ihrem Serum haben.

Die Untersuchungen über die Verwertung der Intrakutanreaktion bzw. des Antitoxingehaltes des Blutes zu diagnostischen Zwecken sind noch zu keinem Abschluß gelangt. Grätzer.

Zade und **Barczinski,** Klinische und experimentelle Mitteilungen über Sophol. (Aus der Universitäts-Augenklinik in Heidelberg.) (D. m. W. 1914 Nr. 13.) Auf Grund ihrer Erfahrungen halten Verff. daran fest, daß das Arg. nitr. auch heute noch das souveräne Mittel in der Behandlung der Ophthalmoblennorrhoe ist. Dem

Sophol aber gebührt neben dem Arg. nitr. ein besonderer Platz als Ergänzung des Arg. nitr.: Verff. benutzten mit großem Vorteil auch in den Fällen, in denen tägliche Tuschierung mit Arg. nitr. für nötig erachtet wird, Sophol von Anfang an neben dem Arg. nitr. und möchten es bei dieser Art Anwendung nicht mehr entbehren. Irgendwelche Reizerscheinung durch Sophol haben sie nie gesehen. Diese Art der Behandlung, also im ersten Stadium vorwiegend Arg. nitr., daneben Sophol, dann dieses allein, hat sich auch bei den schwersten Fällen, so auch bei den glücklicherweise seltenen Formen der Blennorrhoea adultorum, hinreichend bewährt. Grätzer.

K. Peter (Greifswald), Über die funktionelle Bedeutung der sogen. „Epithelperlen" am harten Gaumen von Föten und Kindern. (Ebenda.) Alles deutet darauf hin, daß sich Epithelperlen nur da ausbilden, wo sich schwache Stellen im Gaumen befinden, daß an allen anderen Stellen die Epithelmassen restlos schwinden und daß anderseits auch alle schwachen Stellen ohne Ausnahme durch Epithelperlen gestützt werden.

In späteren Zeiten, wenn die Knochen enger aneinanderrücken und Periost und Drüsengewebe ein genügend festes Widerlager schaffen, da haben die Epithelperlen ihre Rolle ausgespielt und gehen zugrunde.

In dieser Weise denkt sich Verf. die Funktion der „Epithelperlen", die meist nur als funktionslose embryonale Reste aufgefaßt werden. Grätzer.

E. v. Behring, Aufgaben und Leistungen meines neuen Diphtherieschutzmittels. (B. kl. W. 1914 Nr. 20.) Nachdem in vergleichenden klinischen Untersuchungen von den verschiedenen Methoden der Applikation des TA-Mittels die anfänglich nur probatorisch — zur Ermittlung der individuellen TA-Empfindlichkeit und der zur Immunisierung ausreichenden TA-Dosis — verwendete Intrakutanmethode sich auch zur ausreichenden Antitoxinproduktion beim Menschen als geeignet erwiesen hatte, hat Verf. nur noch diese Injektionsmethode für Massenimpfungen empfohlen. Die detaillierte Analyse der dabei erreichten Resultate wird in Spezialarbeiten später erfolgen. Inzwischen muß aber darauf hingewiesen werden, daß Verf. die Behandlung mit TA nicht als ausreichend zur Immunisierung ansieht, wenn nicht mindestens 2mal mit einem Zeitintervall von 10 bis 14 Tagen geimpft worden ist, und wenn nicht durch die Impfung unverkennbar spezifische Lokalreaktionen erzielt werden. Sehr starke Reaktionen sind jedoch nicht erforderlich, ja sie sind auch nicht erwünscht; zumal wenn sie mit schmerzhafter Schwellung benachbarter Lymphdrüsen einhergehen, kann durch zu starke Reaktionen die Antitoxinproduktion und Immunisierung sogar fehlschlagen.

Um die zur Erreichung einer erwünschten Reaktion erforderliche Dosis von einer seiner gegenwärtig für die Schutzimpfungen in der ärztlichen Praxis in Betracht kommenden Operationsnummern TA VI, VII und VIII im Einzelfall ausfindig zu machen, empfiehlt Verf., erstmalig zwei intrakutane Injektionen, und zwar mit je 0,1 ccm von $\frac{\text{TA VIII}}{5}$ und $\frac{\text{TA VII}}{16}$, auszuführen. Wenn auf keine dieser Injek-

tionen eine unzweideutige Reaktion eintritt, so ist 2—3 Tage später die Dosis zu verstärken ($\frac{\text{TA VII}}{4}$, wenn der Impfling gar nicht reagierte, oder $\frac{\text{TA VII}}{8}$, wenn die Reaktion zweifelhaft war). Diejenige Dosis, welche bei der erstmaligen bzw. zweitmaligen Impfung eine mäßige Reaktion verursachte, ist dann 10—14 Tage später zu wiederholen.

Nach der „dritten Methode" von Hahn, welche ihm die günstigsten Resultate lieferte, wird folgendermaßen verfahren: Erstmalig wird 0,1 ccm $\frac{\text{TA VIII}}{3}$ injiziert; beim Ausbleiben einer Reaktion wird am 3. Tage 0,1 ccm $\frac{\text{TA VII}}{5}$ und nötigenfalls am 5. Tage noch 0,1 ccm $\frac{\text{TA VII}}{2}$ (ev. noch mehr) gegeben, am 11. Tage aber die Höchstdosis nochmals wiederholt.

Es müssen noch weitere Erfahrungen gesammelt werden, ehe Verf. zu einem abschließenden Urteil über die endgültigen Impfvorschriften kommen und dann sein Schutzmittel TA für den geschäftlichen Vertrieb freigeben kann. Inzwischen werden auch noch andere praktisch wichtige Probleme von Verf. sorgfältig geprüft, so z. B. die Frage, ob es sich unter Umständen empfiehlt, die TA-Behandlung mit der passiven Immunisierung zu kombinieren. Grätzer.

Richard Hagemann, Über v. Behrings neues Diphtherieschutzmittel. (Aus der chirurgischen Klinik der Universität Marburg.) (Ebenda.) Der Zweck von Verf.s Untersuchungen war die Einstellung verschiedener Operationsnummern des neuen Diphtherieschutzmittels auf das Standardpräparat MM I durch vergleichende Prüfung am Menschen. Gleichzeitig gaben sie aber auch Gelegenheit, einige Beobachtungen über das Auftreten der lokalen Reaktion bei den verschiedenen Individuen, über die Antitoxinbildung, über unerwünschte Nebenwirkungen usw. zu machen. Grätzer.

K. Dietl, Über Arsenregenerin und Regenerin. (Aus dem Kinderspital der Allgem. Poliklinik in Wien.) (M. m. W. 1913 Nr. 39.) Arsenregenerin besteht aus Regenerin mit je 0,04 % Arsazetin und Lithium cacodylicum. Der Gehalt an reinem Arsen beträgt 0,03 %. Das Regenerin wieder setzt sich zusammen aus 0,6 % Eisen und 0,1 % Mangan. Beides verbunden mit Ovo-Lezithin.

Verf. hat das Arsenregenerin und das Regenerin nach der angegebenen Dosierung — 3 Kaffeelöffel, das ist 15 g täglich —, wobei beim Arsenregenerin 45 mg reines Arsen, was etwa 30 Tropfen der in der üblichen Weise mit Tinctura ferri und amara $\overline{\text{aa}}$ partes verschriebenen Solutio Fowleri entspricht, dem Organismus zugeführt werden, bei einer ganzen Reihe von Kindern teils selbst angewendet, teils angewendet gesehen.

Es handelte sich stets um schlecht genährte, appetitlose, nervöse Kinder, die ja so häufig die Ambulatorien aufsuchen und daselbst mit mehr oder weniger Erfolg behandelt werden. Man darf nun nicht übersehen, daß bei älteren Kindern und gerade bei „nervösen" Kindern jedes Medikament eine doppelte Wirkung hat: die — manchmal recht geringe — pharmakologische oder organische und die suggestive.

So kann bei dem einen die harmlose Tinctura valeriana wahre Wunder wirken, bei dem anderen die noch so streng durchgeführte Eisen-Arsenkur zuschanden werden.

Der Glaube an die Wirksamkeit der Medizin und nicht zuletzt die Person des Arztes sind in der Therapie des kranken Kindes Faktoren von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit.

Ganz anders natürlich ist es in jenen Fällen, wo das nervöse Moment zwar nicht in den Hintergrund tritt, aber gleichsam sekundär zu bestehenden organischen Veränderungen, wie Abmagerung auf Grund einer sonst latenten Tuberkulose, Unterernährung, Blutarmut usw., hinzukommt. Hier ist eine wirksame roborierende Therapie sicher angezeigt. Zweifellos aber gibt es auch zahlreiche Fälle, bei denen die Hauptbeschwerden primär „nervöser" Natur sind, und diese Beschwerden doch durch Besserung des Allgemeinzustandes zum Schwinden gebracht werden können. Freilich kann auch da die Suggestivwirkung eine Rolle spielen. Wenn man aber nachweisen kann, daß durch entsprechende Medikation das Körpergewicht zunimmt, der Hämoglobingehalt des Blutes steigt und damit Hand in Hand der Zustand des Patienten sich bessert, so ist diese Besserung wohl auf Rechnung der roborierenden Therapie zu setzen, und die Suggestivwirkung spielt eine ganz untergeordnete Rolle.

So gelingt es, durch Hebung des Allgemeinbefindens auf Grund roborierender Therapie oft „nur nervöse", aber den Patienten sehr lästige und quälende Symptome wirksam zu bekämpfen.

Das Arsenregenerin bzw. Regenerin stellt eine treffliche Waffe in diesem Kampfe dar. Es wird — ein sehr wichtiger Faktor! — von den Kindern gerne genommen, hat niemals irgendwelche üble Nebenwirkungen und nimmt einen fördernden Einfluß auf Blutbildung und Körpergewicht. Grätzer.

Hübschmann, Spätperforation eines Meckelschen Divertikels nach Trauma. (Aus dem Pathologischen Institut der Universität Leipzig.) (Ebenda.) Die meisten bisher in der Literatur beschriebenen Perforationen von Meckelschen Divertikeln sind unter demselben Gesichtswinkel betrachtet worden wie die Appendixperforationen, d. h. sie sind erklärt worden durch entzündliche Vorgänge, die auch klinisch unter Umständen dieselben Erscheinungen machten wie eine Appendizitis und sich daran anschließende Nekrose und Perforation. Außerdem spielen in der Pathologie des Meckelschen Divertikels die mit seinem Vorhandensein in Zusammenhang stehenden Darmverschlüsse mit eventuellen sekundären Perforationen eine große Rolle (vgl. Hilgenreiner). Über traumatische Perforationen oder über Perforationen, bei denen ein Trauma wenigstens eine Rolle mitspielte, scheinen nur wenige Beobachtungen zu existieren. Um so mehr verdient ein Fall Interesse, den Verf. kürzlich zu sezieren Gelegenheit hatte und bei dem ein Trauma die letzte Ursache der Perforation bildete; außerdem wurden bei diesem Fall Beobachtungen gemacht, durch die ein neuer Gesichtspunkt in die Pathologie des Meckelschen Divertikels und speziell seiner Perforation eingeführt werden kann. Grätzer.

Baer (Wiesbaden), Lithotripsie eines walnußgroßen Steines (Inkrustation) und nachfolgende Extraktion einer Haarnadel aus der Blase eines siebenjährigen Mädchens. (M. m. W. 1913 Nr. 38.) Das Wesentliche ist in der Überschrift enthalten.

Grätzer.

Arthur Weber, Über den Wert der Serumtherapie bei Tetanus. (Aus der Inneren Abteilung der Diakonissenanstalt zu Halle a. S.) M. m. W. 1913 Nr. 40.) Daß auch längere Zeit nach Ausbruch der ersten tetanischen Erscheinungen eine energische Serumtherapie am Platze ist und daß ein Nachlassen der Krampfanfälle und der Fiebererscheinungen beim Tetanus parallel geht mit den Seruminjektionen, illustriert in ausgezeichneter Weise der folgende behandelte Tetanusfall.

Zugleich zeigt dieser Fall, welche enormen Mengen Serum, auch vom Kinde, gut vertragen werden.

W. S., 13 Jahre alt, wurde am 13. April im Krankenhaus vorgestellt. Er klagte über Rückenschmerzen und Steifigkeit in den Füßen, die ihm das Laufen erschwerten.

Objektiver Befund: Frische Narbe am Rücken des linken Handgelenkes, herrührend von einem Holzsplitter, den er vor reichlich einer Woche beim Spielen mit Lanzenwerfen akquiriert hatte, und geringe Exkoriation am linken Knie: leichter Trismus und gesteigerte Patellarreflexe. Der dringende Rat zur sofortigen Aufnahme hier im Krankenhause wurde von den Eltern abgelehnt.

Nach 9 Tagen, am 24. IV. 13, wird der Junge schließlich wiedergebracht und aufgenommen. Er zeigte alle Symptome eines schweren Tetanus: Risus sardonicus, Trismus, Schlingbeschwerden, Nackensteifigkeit, starker Opisthotonus, kahnförmig eingezogener, brettharter Leib, spastische Starre der Extremitätenmuskulatur, Hyperreflexe und häufige, äußerst schmerzhafte, krampfartige Steigerungen der tetanischen Muskelstarre. Temperatur 38°.

Therapie: Sofortige subkutane Injektion von 100 Antitoxineinheiten („A.E.") Tetanusserum (Höchster Farbwerke). Am folgenden Morgen (den 25. IV. 13) im Chloräthylrausch: Exzision der Narbe am Handgelenk und Injektion von 60 A.E. subdural und 40 A.E. subkutan. Am gleichen Tage abends 100 A.E. subkutan.

Während der nächsten 8 Tage, vom 26. IV. bis 3. V. 13: 2—3 Krampfanfälle stündlich, Temperatur zwischen 38 und 38,5° C schwankend; Ernährung nur durch Milchflasche möglich; täglich eine Injektion von 100 A.E. subkutan, da subdurale Injektion wegen des konstanten hochgradigen Opisthotonus äußerst schwierig war. Symptomatisch wurde Brom-Opium gegeben, das beruhigender wirkte als Morphium. Da am 4. V. 13 nach der 11. Seruminjektion (in toto = 1100 A.E.) die Temperatur auf 37° C gesunken war, und die Krampfanfälle an Intensität und Häufigkeit stark nachgelassen hatten, wurde an diesem Tage keine Injektion vorgenommen. Tags darauf, am 5. V. 13, neuerliches Ansteigen der Temperatur auf 38,9° und Häufung der Anfälle; deshalb abermals 100 A.E. Serum subkutan und ebenso am 7. V. und 9. V. je 100 A.E. subkutan mit dem Erfolg, daß die Krampfanfälle wieder spärlicher und die Schlingbeschwerden geringer wurden. 12. V. 13 Sinken der Temperatur von 38,3° bis 36,7° C, keine Anfälle mehr, sämtliche Muskelspasmen schwanden bis auf die der Abdominalmuskulatur, starke Transpiration. Seit diesem Tage rapide Genesung ohne neuerliche Krampfanfälle und Temperatursteigerung. 4. VI. 13 Gewichtszunahme 4 kg, geheilt entlassen.

Es wurden in diesem Falle in toto 14 Serumeinspritzungen mit fast 1400 Antitoxineinheiten gegeben. Der 13jährige Knabe vertrug diese hohen Serumdosen ohne weiteres, und wie die Krankengeschichte zeigt, ging die Höhe der Temperatur und auch die Stärke der Anfälle nach den Serumeinspritzungen zurück. Ferner wurde die subdurale Einspritzung von Tetanusserum, welche am Tage nach der Aufnahme vorgenommen wurde, gut vertragen. Leider ist die Therapie ziemlich

teuer, in diesem Falle betrugen die Kosten der Einspritzungen 112 M. Verf. glaubt aber, daß trotz des teuren Preises eine energische Serumtherapie am Platze ist. Grätzer.

Hermann Küttner, Der angeborene Turmschädel. (Aus der Kgl. chirurgischen Klinik zu Breslau.) (Ebenda.) Beschreibung von 2 Fällen. Grätzer.

Treplin („Nordheimstiftung" Sahlenburg b. Cuxhaven), Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose an der See. (M. Kl. 1914 Nr. 18.) Verf. Geht kurz auf die einzelnen tuberkulösen Affektionen der Kinder ein, zuerst die Vorstufen der Tuberkulose. Die Skrofulose, die Bronchialdrüsentuberkulose, zusammen mit der chronischen Bronchitis. Alle die Kinder, die schon seit langen Jahrzehnten unsere Seebäder und Hospize bevölkern, namentlich im Sommer. Über die Erfolge bei diesen Erkrankungen kann kaum etwas Neues gesagt werden. Das rasche Verschwinden der subfebrilen Temperaturen an der See ist bekannt, ebenso das spontane Zurückgehen der Drüsenpakete. Weniger bekannt dürfte sein, daß selbst hohe Temperaturen solcher Kinder unter dem Einfluß des Seeklimas oft in ganz kurzer Zeit zur Norm zurückkehren.

Verf. hatte im letzten Jahr in der Anstalt ein Mädchen von 14 Jahren, das in Hamburg unter raschem Anwachsen großer Lymphdrüsenpakete am Hals und in den Achselhöhlen mehrere Monate lang Abendtemperaturen bis 40° aufwies. An der See gingen die Temperaturen binnen 8 Tagen zur Norm zurück, und die Drüsenpakete schwanden in 3 Monaten völlig. Es handelte sich um Tuberkulose der Drüsen, wie eine zur histologischen Untersuchung exstirpierte Drüse bewies.

Besonderer Betonung bedarf es aber bei diesen Patienten, daß dieselben Erfolge auch im Winter zu erzielen sind.

Was die Lungentuberkulose anbetrifft, so möchte Verf. seine Erfahrung dahin präzisieren, daß geschlossene Lungentuberkulosen bei strenger Liegekur an der Nordsee sehr günstig beeinflußt werden können. Doppelseitige offene Tuberkulose weist Verf. stets als ungeeignet zurück. Anders ist es bei offener einseitiger Tuberkulose. Verf. hat in den letzten 2 Jahren mit dem chirurgischen Vorgehen, wie es von Brauer, Vilms, Friedrich inauguriert ist, in 4 Fällen die denkbar besten Erfolge gehabt und scheinbar völlig verlorene Kinder geradezu aufblühen sehen, nach völligem Versiegen von Sputum und Tuberkelbazillen.

Nun zur chirurgischen Tuberkulose im eigentlichen Sinne. Verf. will sich da auf kurze statistische Angaben beschränken und auch nur die zwei wichtigsten Lokalisationen herausgreifen, die Coxitis und die Spondylitis, die ja die größte Menge unserer Seehospitalpatienten ausmachen. Behandelte er doch im letzten Jahre 35 Spondylitiker und 30 Coxitiker im Hospital. Verf. hat nun, um über die Dauererfolge einen Aufschluß zu bekommen, eine Rundfrage getan bei den Coxitikern und Spondylitikern, die in den ersten 3 Jahren in der Anstalt behandelt wurden, deren Entlassung also mindestens 4 Jahre zurückliegt; denn nur die Dauererfolge haben Wert. Da hat

sich gezeigt, daß von den Spondylitiken 72% als dauernd geheilt angesehen werden können. Von den Coxitiden 75%, bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von einem Jahr etwa bei den Coxitikern, bei den Spondylitikern etwas länger. Es sind das Zahlen, die genau stimmen mit den Zahlen Scheperlens in Refsnaes in Dänemark, und die diejenigen Ménards um mehrere Prozent übertreffen. Wenn Verf. von Heilung spricht, so meint er natürlich keine Restitutio ad integrum, sondern einen als dauernd anzusehenden Ausheilungsprozeß der tuberkulösen Entzündung. Erwähnt muß dabei werden, daß Verf. im Seehospital alle Stadien der Erkrankung aufnimmt, auch schwer abzedierte und fistulöse. Die niedrigeren Prozentzahlen Ménards in Berck-sur-Mer sind darauf zurückzuführen, daß er alle abzedierten Coxitiden operiert, während Verf. streng konservativ verfährt. Es gibt für ihn fast nur eine Operationsindikation bei Coxitis, das ist der seltene Nachweis durch das Röntgenbild, daß ein größerer Sequester im Schenkelhals sich befindet. Abszesse sind für ihn nicht, wie für Ménard und Sinding Larsen, Operationsindikationen; denn ohne Ausnahme sind diese durch Punktion zu bekämpfen.

Man kann auch an der See natürlich nicht auf das Rüstzeug der konservativen Behandlungsmethoden verzichten. Die Seeluft ist nur ein mächtig helfender Faktor. Vorsichtige Tuberkulinkuren, Karbolinjektionen, Seifenbehandlung usw. können natürlich zur Beeinflussung der lokalen Prozesse nicht entbehrt werden.

Dringend notwendig aber zur Erzielung guter Resultate an der Seeküste bei chirurgisch tuberkulösen Kindern ist die Unterbringung nicht in Ferienheimen auf wenige Wochen, sondern in gut eingerichteten Seehospitälern, in denen die Kinder unter ständiger Kontrolle eines geübten Chirurgen stehen, und zweitens eine unbeschränkte Kurdauer bis zu mehreren Jahren. Dann kann man Gutes, ja Ausgezeichnetes erreichen. Es gehört das auch mit zu den Geheimnissen der Rollierschen Erfolge, daß er von vornherein eine unbegrenzte Kurdauer verlangt bei allen, die zu ihm kommen.

Wir müssen bei diesen exquisit chronischen Leiden eben stets mit langen Kurdauern rechnen. Es gibt nur ein Mittel, um die Kur abzukürzen, das ist das, daß die kleinen Patienten sofort nach gestellter Diagnose an die See geschickt werden, und nicht erst lange in den städtischen Krankenhäusern behandelt werden. Man muß sich daran gewöhnen, auch die Knochentuberkulose im inzipienten Stadium ins Seesanatorium zu schicken, wie man sich daran gewöhnt hat, jede Lungentuberkulose so frühzeitig wie möglich in die Heilstätte zu entsenden.

Will man aber Kinder so lange im Hospital behalten, so ist es dringend notwendig, daß für Schulunterricht gesorgt wird, deshalb hat Verf. eine Schule im Hospital und erteilt auch Handfertigkeitsunterricht nach dem Vorbilde des vorzüglichen Gmelinschen Pädagogiums auf Föhr.

Verf. faßt seine Ausführungen dahin zusammen, daß die chirurgisch tuberkulösen Kinder Deutschlands an den deutschen Meeresküsten ebensogut, wenn nicht besser, der Heilung zugeführt werden können als im Hochgebirge. Grätzer.

E. Feer, Über das Wesen und über die Infektionsverhältnisse des Keuchhustens. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Zürich.) (M. Kl. 1914 Nr. 20.) Das Inkubationsstadium beträgt nach Verf.s Beobachtungen 7—12 Tage.

Nach zahlreichen Erfahrungen fiel Verf. auf, daß die Ansteckung meist im katarrhalischen Stadium stattfand, d. h. zu einer Zeit, wo man die Diagnose noch nicht stellen kann. Dieses Moment allein beweist schon, daß der psychischen Infektion keine große Rolle zugemessen werden darf. Nur in wenigen Fällen glaubt Verf. die Ansteckung im konvulsivischen Stadium festgestellt zu haben, dagegen sah er häufig Fälle, die zu seiner Verwunderung im Stadium convulsivum nicht ansteckend wirkten. Soviel scheint sicher, daß die Kontagiosität im Stadium der Anfälle rasch zurückgeht.

Therapeutisch hebt Verf. besonders die Wichtigkeit der psychischen Beeinflussung hervor. Es ist sicheres und ruhiges Auftreten der Pflegerin nötig. Ersatz einer nachgiebigen und ängstlichen Mutter durch eine vernünftige Wärterin wirkt oft auffallend günstig auf den ganzen Verlauf. Grätzer.

A. N. Rachmanow, Methode der Nichtunterbindung der Nabelschnur. (Ztbl. f. Gyn. 1914 Nr. 16.) Verf. gelangt auf Grund einer 5jährigen und auf über 16000 Geburten beruhenden Erfahrung zu folgenden Schlüssen:

1. Die Nichtunterbindung der Nabelschnur ist bei normaler Geburt und bei reifen Kindern eine natürliche und infolgedessen zu empfehlende Methode.

2. Die Methode ist ungefährlich und günstig, weil bei den Kindern eine gute Vernarbung des Nabels erzielt wird.

3. Die Unterbindung der Nabelschnur ist eine therapeutische Maßnahme und muß nur für pathologische Fälle (unreife Frucht, Asphyxie), sowie für Ausnahmefälle (Blutungen bei der Mutter) reserviert bleiben. Grätzer.

St. Kozlowski, Zur Kenntnis des Stoffwechsels in der Epilepsie. (Ztschr. f. klin. Med. 79. 1914 Nr. 3 u. 4.) Versuche an 11 Fällen von Epilepsie. Die Gesamtazidität des Harns schwankte im allgemeinen in den normalen Grenzen, und nur an einem Tage, und zwar vor einem Anfall, wurde dieselbe stark über die Norm vergrößert gefunden. Die Menge des oxydierten Schwefels ist nur bei gewöhnlicher gemischter Kost vor dem Anfall bedeutend geringer als nach dem Anfall, die Menge des neutralen Schwefels hingegen vor dem Anfall bedeutend (ca. 7mal) größer als nach dem Anfall. Bei ausschließlicher Ernährung mit Milch änderten sich die Verhältnisse grundsätzlich, indem nach dem Anfall bedeutend mehr neutralen Schwefels ausgeschieden wurde als vor dem Anfall. In der Ausscheidung von Phosphorsäure und Kalzium fanden sich keine bemerkenswerten Abweichungen von normalen Verhältnissen. Für eine den Eintritt von epileptischen Anfällen befördernde Wirkung von Oxyproteinsäuren spricht der Umstand, daß die epileptischen Anfälle nach Ausschaltung von Fleisch aus der Kost und Ersatz desselben durch Milch,

sowie bei vegetarischer Diät seltener werden; denn diese Diätänderung verringert die Bildung von Oxyproteinsäuren. Das periodische Eintreten der Anfälle ist vom Standpunkt einer Autointoxikation leicht zu verstehen, wenn man in Betracht zieht, daß im Organismus eines Epileptikers die toxischen Agentien zur Entfaltung ihrer Wirkung in einer (angeborenen oder erworbenen) gesteigerten Reizbarkeit der Nervenzentren einen bereits vorbereiteten Boden finden. Dank dieser erhöhten Reizbarkeit könnten normale Stoffwechselprodukte, wie Oxyproteinsäuren, nach der Anhäufung in übergroßen Mengen im Organismus entweder direkt als Ammoniumsalze oder indirekt durch Entziehung von anorganischen Basen und Verringerung der Alkaleszenz des Blutes und der Organsäfte den Anfall hervorrufen. In der Tat wurden vor dem Anfall in der Regel größere Mengen von Oxyproteinsäuren und von Ammoniak ausgeschieden als nach dem Anfall, indem infolge einer Anregung des Verbrennungsprozesses durch Krämpfe der Organismus eines größeren Teils der Oxyproteinsäuren durch Oxydation sich entledigt. Kurt Mendel.

Gerhard Müller, Über das Verhalten der Leukozyten bei Epileptikern. (Sommers Klinik für psych. u. nerv. Krankh. 8. 1913 Nr. 3.) Ergebnisse: Der epileptische Anfall ruft eine allgemeine Hyperleukozytose hervor, bei der die kleinen Lymphozyten, großen Mononukleären und Übergangsformen prozentualiter steigen, die neutrophilen Polymorphkernigen abnehmen.

Während bei den beiden ersten Gruppen stets die absoluten Werte steigen, kam bei den neutrophilen Polymorphkernigen auch eine Verminderung der absoluten Zahlen zur Beobachtung.

Das Verhalten der Eosinophilen und Mastzellen war individuell verschieden oder zeigte keine Schwankungen.

Nicht nur schwere Anfälle mit Krämpfen sind von einer Leukozytenvermehrung begleitet, sondern auch Absenzen von ganz kurzer Dauer.

Die Leukozytose tritt schon einige Zeit vor der Attacke auf, klingt aber nach Beendigung des Anfalls schnell wieder ab.

Leukozytenvermehrung wurde auch im Intervall beobachtet, doch ist hierbei zu berücksichtigen, daß häufig Absenzen und Anfälle von den Patienten nicht bemerkt werden und auch nicht zur Kenntnis des Beobachters gelangen. Kurt Mendel.

Petzsch, Über den Ausfall der Wassermann-Reaktion bei Epileptikern. (Psychiatr.-neurol. W. 15. 1913/14. Nr. 52.) Untersuchungen an 43 Epileptikern. In allen Fällen war die Wassermannsche Reaktion im Liquor negativ. Die Lymphozyten waren in 42 Fällen nicht, in einem Falle nur ganz gering vermehrt, Nonne-Apelt war stets negativ. Wassermann im Blutserum war 1mal schwach + und einmal weder absolut + noch absolut −, also zweifelhaft, sonst immer −.

Nach allem scheint auf Grund des Ausfalls der Wassermann-Reaktion ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Lues und Epilepsie nicht zu bestehen. Kurt Mendel.

H. Stelzner, Die Frühsymptome der Schizophrenie in ihren Beziehungen zur Kriminalität und Prostitution der Jugendlichen. (Allg. Zschr. f. Psych. 71. 1914 S. 60.) Ein verhältnismäßig erheblicher Prozentsatz Schizophrenier steuert in den frühesten Stadien der Krankheit dem Verbrechen und der Prostitution zu.

Da kurzsauernde psychiatrische Untersuchung und Beobachtung jugendlich Krimineller (Jugendgericht) und minderjähriger Prostituierten (Fürsorgezöglinge) in den seltensten Fällen geeignet ist, die ersten Anzeichen der Schizophrenie einwandfrei zu diagnostizieren, so muß durchaus ein starker Nachdruck auf das Herausfinden gewisser Verdachtsmomente in Form von Frühsymptomen gelegt werden, um mit Hilfe solcher die forensische Beurteilung zu beeinflussen und eine aktenmäßige Weiterbeobachtung der betreffenden Individuen einzuleiten.

Als solche Frühsymptome wurden die folgenden beobachtet:

Bei der Inspektion fiel auf: Zusammengesunkene und teilnahmslose Körperhaltung; leerer oder bekümmerter Gesichtsausdruck; hypomanische Mimik; starres, arrogant wirkendes paranoides Lächeln; Querfurchung der Stirn mit hochgezogenen Augenbrauen; seltene Augenbewegungen und seltener Lidschlag u. a.

Die methodischen Intelligenzprüfungen, deren Ergebnisse häufig anamnestisch bestätigt wurden, zeigten: Nachlassen der Leistungen (an den erreichten Schulzielen gemessen); einen auffallenden Wechsel der intellektuellen Darbietungen sowohl im Neben- als Nacheinander; Verlangsamung der geistigen Prozesse und ihres sprachlichen Ausdruckes; unbedeutende inselmäßige Entgleisungen im schriftlichen Ausdruck oder auch in der Unterhaltung (z. B. ein verworrenes Zitat oder eine läppische Zwischenfrage); bei Wiedererzählungen ein gelegentliches Verfehlen der Pointe bei guten gedächtnismäßigen Leistungen; Witzeleien bei der Untersuchung usw.

Affektive Störungen machen sich bemerklich in grundlosem Lachen oder affektlosem Weinen; durch plötzlichen Stimmungswechsel, z. B. auch abruptem Widerstand gegen Fortsetzung der Untersuchung; hypomanisches oder depressives Grundbild; Fehlen von Exkulpierungsversuchen infolge Affektlosigkeit gegenüber der Strafhandlung.

Als anamnestisch besonders wichtig wurde stets nach einem plötzlichen Nachlassen der Arbeitslust und -fähigkeit sowie allgemein der intellektuellen und ethischen Leistungen gefragt. Die wichtigsten Hinweise zur Frühdiagnose der Schizophrenie waren den Akten, welche über Fürsorgezöglinge geführt werden, zu entnehmen, die lange Lebensstrecken besonders in Richtung der Erziehungs- und Strafurteile beleuchten. Die Ergebnisse, vielfach mit den eigenen Untersuchungen des Verf. und seinen Beobachtungen verquickt, haben gezeigt, daß die weiblichen schizophrenen Fürsorgezöglinge jahrelang als Depravierte, als Schwererziehbare, als Debile, Imbezille, am häufigsten als psychopathische Konstitutionen gehen und erst eine Zusammenfassung der einzelnen Stadien auf die richtige Diagnose führt, wobei der Gang der Erkrankung meist sich in folgender Richtung bewegt:

leichtes Nachlassen der Intelligenz, affektive Störungen, häufig in der Form manisch-depressiver Zustände und Affektkrisen, schwerere Zeichen geistigen Zerfalles, der sich zunächst, ohne spezifische Einzelsymptome zu zeigen, in absolutem Mangel jeder verstandesmäßigen Zielrichtung des Lebensweges dokumentiert.

In den Frühstadien der Schizophrenie ist eine durch die Krankheit bedingte Kriminalität nicht zu beobachten, sondern nur ein Freiwerden von Hemmungen und damit Hervortreten der von jeher vorhandenen Anlagen zu Vergehen und Verbrechen. Dagegen sind sowohl die intellektuellen als besonders auch die affektiven Störungen, die Affektkrisen, die manisch-depressiven Zustände usw. ganz besonders geeignet, die weiblichen Patienten infolge Widerwillens gegen geordnete Arbeit, infolge von Vagabondageneigung und Hemmungslosigkeit gegenüber dem Triebleben der Prostitution zuzutreiben.

Aus den besonders an weiblichem Material gemachten Untersuchungen erwachsen folgende Forderungen:

Bei Untersuchungen an jugendlichen Kriminellen sind alle auffälligen Symptome, die den Verdacht der Schizophrenie erwecken könnten, selbst in unbedeutenden Ansätzen zu notieren und die betreffenden Individuen einer Dauerbeobachtung zu unterstellen.

Da die Prostitutionsneigung Minderjähriger, sofern sie nicht dem Milieu, der Debilität oder einwandfrei der psychopathischen Konstitution zufällt, gerade in ihren schwersten und gegen Besserungsversuche refraktärsten Formen der Schizophrenie zugehört, so ist den hierhergehörigen sogenannten „schwererziehbaren" Fürsorge-Zöglingen ganz besondere psychiatrische Beobachtung zuzuwenden und ihre Unterbringung in geeignete Anstalten anzustreben, ehe die Krankheit ihren Lebensweg in Abgründe geführt hat, die einen Aufstieg selbst bei langdauernden Remissionen nicht mehr gestatten.

K. Boas (Halle a. d. S.).

Fr. Duncker, Generalisierte postdiphtherische Lähmung mit psychischer Alteration. (Aus der Cölner Akademie für praktische Medizin, Orthopädisch-chirurgische Abteilung.) (Arch. f. Orthop. 12. Nr. 3.) Es handelt sich um einen extrem schweren Fall von postdiphtherischer Lähmung bei einem 17jährigen Mädchen. Trotz einer bald nach der Einlieferung vorgenommenen subkutanen Injektion von 8000 I.E. Diphtherie-Heilserum zeigt die typische Rachendiphtherie anfangs progressiven Charakter. 12 Tage nach Beginn der akuten Erscheinungen kommt es zu einer hochgradigen Gaumensegellähmung und einige Wochen später zu einer leichten doppelseitigen Abduzensparese. Im weiteren Verlauf der Krankheit greifen die Paresen auf Rumpf und Extremitätenmuskeln über, und es entwickelt sich eine eigenartige Alteration der Psyche, deren Höhepunkt anscheinend in eine Zeit fällt, in welcher die Kranke sich ohne ärztliche Aufsicht bei den Eltern befand. Auf nachträgliches Befragen macht die Mutter darüber folgende glaubwürdige Angaben: Sie befürchtete, daß ihre Tochter geisteskrank würde, denn sie machte einen sehr blöden Eindruck. Sie erkannte zwar ihre Angehörigen, schien aber zeitweise nicht zu wissen, daß sie sich zu Hause befand.

Das Gedächtnis hatte gelitten: sie konnte nichts behalten, konnte nicht lesen und sich nur schlecht verständlich machen. Sie war vollkommen hilflos und mußte gefüttert werden; den größten Teil des Tages lag sie teilnahmslos im Bett.

Bei der Aufnahme in die hiesige Klinik erwiesen sich die Beobachtungen als mit großer Wahrscheinlichkeit zutreffend. Neben der Desorientiertheit fiel bei der Kranken eine starke Störung der Merkfähigkeit auf, während das Erinnerungsvermögen anscheinend weniger gelitten hatte. Nur über die letzten 14 Tage, wo sie sich bei den Eltern aufhielt, konnte sie auch bei längerem Nachdenken keine bestimmte Auskunft geben. Jedoch war die Prüfung der Intelligenz durch ihr apathisches Wesen und die näselnde, undeutliche Sprache sehr erschwert. Von den übrigen Lähmungserscheinungen war die Abduzensparese nicht mehr nachzuweisen. Dagegen bestanden noch Gaumensegellähmung, Ausfall der Patellar- und Achillessehnenreflexe und hochgradige Schwäche der Extremitäten- und Rumpfmuskulatur. Hervorzuheben ist ferner die Störung aller Empfindungsqualitäten und die bis zum Abschluß der Behandlung anhaltende Ataxie.

K. Boas (Halle a. d. S.).

Chr. Hack, Zur Geschichte der Säuglingskrankheiten im Altertum. (Inaug.-Dissert. Jena 1913.) Die interessante Arbeit des Verf.s behandelt die Erkrankungen der Haut, des Magen- und Darmkanals, der Mundhöhle und der Atmungsorgane, sowie des Nervensystems im Säuglingsalter nach den Schriften von Aetnis, Soranus, Galen und anderen medizinischen Schriftstellern des Altertums.

K. Boas (Halle a. d. S.).

Balzer-Mygius, Die häufigsten otogenen Halsabszesse. (Arch. f. Ohrhlk. 93. S. 269.) Halsabszesse nach Ohrenleiden sind häufiger, als man erwartet. In $7^1/_2$ Jahren sah Verf. 36 otogene Halsabszesse, deren Zusammenhang mit dem Ohrleiden jedesmal genau festgestellt werden konnte. Fast immer war den Abszessen eine Osteitis des Warzenfortsatzes vorangegangen, und zwar fanden sich Abszesse bei 8,1 $^0/_0$ der vorgenommenen Mastoidaufmeißelungen. Sie haben immer ihren Sitz in der Nähe des Prozessus und entstehen meist infolge Durchbruchs der Kortikalis in der Wand einer Terminalzelle. Am häufigsten entstehen Abszesse infolge Durchbruchs an der medialen Wand; es entwickelt sich dann ein Abszeß innerhalb des tiefen Faszienblattes des Sternocleidomastoideus (Bezalssche Mastoiditis). Dieser Abszeß hat große Neigung, sich in die Regio lateralis colli auszubreiten. Ein Abszeß dieser Region kann jedoch auch durch eine Drüseneiterung dieser Region hervorgerufen werden. Infolge Durchbruchs an der Warzenfortsatzspitze entsteht ein Abscessus musc. sternocleidomastoidei, der nur geringe Neigung zur Verbreitung hat. Sehr selten entsteht durch Perforation an der lateralen Seite der Warzenfortsatzspitze ein Abscessus regionis sternocleidomastoideae superficialis. Die Behandlung der Abszesse besteht in Spaltung, Anlegung einer Gegenöffnung und Drainage.

A. Sonntag (Berlin).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Max Berliner, Über einen Fall von hysterischer Monoplegie. (Aus dem Parksanatorium Hütteldorf-Hacking.) (W. kl. W. 1914 Nr. 26.) 15 jähriger Schüler aus Amerika.

Vor zwei Jahren hatte Patient eines Abends Schüttelfrost und ließ eine in die rechte Hand gereichte Teeschale fallen. Tags darauf besuchte er wieder die Schule und bemerkte, daß er die rechte Hand nicht so gut wie die linke gebrauchen könne. Am Nachmittag nahm die Schwäche der Extremität zu, und es trat eine Zyanose des Armes ein. Unter Schmerzen soll Patient angeblich noch eine Woche mit dieser Hand gearbeitet haben, dann trat eine vollständige Lähmung der ganzen rechten oberen Extremität ein. Der Arm war dann ein Jahr hindurch ohne jede Sensibilität und ganz unbrauchbar.

Über die Diagnose konnte kein Zweifel bestehen. Das völlige Fehlen aktiver Beweglichkeit durch über ein Jahr, das normale elektrische Verhalten und Fehlen von Muskelatrophie, sowie das Symptom der Katalepsie in dem gelähmten Arme ließen eine funktionelle Lähmung auf den ersten Blick diagnostizieren.

Die Prognose wurde trotz der langen Dauer als günstig aufgefaßt und die Erfolglosigkeit der bisherigen Therapie auf den Umstand zurückgeführt, daß der Knabe niemals aus dem häuslichen Milieu entfernt und genügend eindringlich suggestiv beeinflußt worden war.

Die Therapie wurde in der Art eingeleitet, daß der Knabe von seinen Eltern isoliert und ins Sanatorium gebracht wurde. Daselbst hatte schon die erste, mit starken, recht schmerzhaften faradischen Strömen ausgeführte elektrische Reizung des rechten Armes die Folge, daß Patient den passiv erhobenen Arm auf Geheiß schlaff herabfallen ließ, während derselbe früher in der erteilten Haltung kataleptisch zu verharren pflegte.

Bei den folgenden Sitzungen gelang es unter Zuhilfenahme des faradischen Stromes, den Patienten noch weiter zu bessern.

Grätzer.

B. Schick, Fortschritte in der Therapie der Diphtherie. (Aus der k. k. Universitätskinderklinik in Wien.) Verf. gibt folgende Vorschriften: Möglichst frühzeitig das Serum injizieren! In leichteren Fällen (ca. 90 %) 100 I.E. pro 1 kg, in schwereren (große Ausdehnung des Primärherdes, Neigung zur Progredienz) 500 I.E. pro 1 kg, und zwar intramuskulär. Wiederholung der Injektion im allgemeinen überflüssig. Zu Immunisierungszwecken genügen 50 I.E. pro 1 kg. Schädigung des Zirkulationsapparates bekämpfe man rechtzeitig: reichliche Flüssigkeitszufuhr (kleine Mengen öfters geben! Ev. Kochsalzinfusion, Tropfklysmen). Prophylaktisch frühzeitig Kampfer, Koffein, Digitalis, ferner Adrenalin (5 Tropfen der Lösung 1 : 1000) + 1 ccm Hypophysin 2—3 mal täglich subkutan.

Im einzelnen wird bei schwerer Diphtherie ungefähr folgende medikamentöse Anordnung durchzuführen sein. Schon im Beginn der Erkrankung Kardiaca (Digitalisinfus oder Digalen 3 mal täglich 5 Tropfen und Koffein (0,1—0,5) intern. Ist die Resorption vom Magen aus gestört, so empfiehlt sich die subkutane Verabreichung

von Digifolin 0,1 3mal subkutan. Bei Verabreichung kleinerer Digitalisdosen tritt die Kumulierung relativ spät ein. Bei Beachtung des Pulses und vor allem der Harnmenge wird die Beurteilung der Digitaliswirkung nicht schwierig sein. Gegen Ende der ersten Woche, bei etwas sinkendem Blutdruck, ist abwechselnd Koffein, Kampfer, Adrenalin und Pituitrin in etwa 4stündigen Intervallen zu injizieren.

Grätzer.

Aladár Fischer, Operierter Fall eines Nabelschnurbruches bei einem eintägigen Kinde. (Pester med.-chir. Presse 1914 Nr. 11, 15. März.) Bei dem sonst normal entwickelten Kind fand sich in der Mitte des Bauches eine halbkugelförmig vorgewölbte Geschwulst mit einem Durchmesser von ca. 7 cm. Die Geschwulst war mit einer weißlich durchscheinenden Membran bedeckt, durch welche man die undeutlichen Umrisse der Bauchorgane sehen und tasten konnte. Heilung per primam in 10 Tagen. Außerdem fand sich eine hochgradige Rektusdiastase und noch zwei kleinere Leistenhernien, welche ebenfalls als Folgen der Entwicklungsstörung der Bauchwände aufgefaßt werden. In einem Fall von Nabelschnurhernie, den Verf. beobachtete, befanden sich sämtliche Bauchorgane, die ganze Leber und Milz, der ganze Dickdarm im Bruchsack, die Bauchwände waren kaum entwickelt, so daß der Fall inoperabel und das Kind lebensunfähig war. Ein anderer, dem oben beschriebenen ähnlicher Fall kam erst 60 Stunden nach der Geburt auf die Abteilung, als die hüllende Membran der Hernie bereits zu nekrotisieren begann. Das Kind starb an eitriger Nabelvenenthrombose. Auch dieser Fall beweist, daß man, wie auch Perrin (Rev. d'Orthop. 1913 Nr. 4) betont, schon in den ersten 24 Stunden operiere. Ross gelang es, die Operation schon 4 Stunden nach der Geburt mit Erfolg auszuführen. H. Netter (Pforzheim).

Aladár Fischer, Thymektomie bei Suffokationserscheinungen verursachender Thymushyperplasie. (Aus dem Adele-Brody-Spital, Budapest.) (Pester med. chir. Presse 1914 Nr. 12, 22. März.) Demonstration eines 2jährigen Kindes, bei dem neben Ekzem und Seborrhoe vergrößerte Halsdrüsen vorhanden waren. In der letzten Zeit Hustenkrämpfe und Atembeschwerden. Nach einem Erstickungsanfall wurde das Kind am 22. Mai 1913 in das Adele-Brody-Spital gebracht, wo aus vitaler Indikation eine Tracheotomie gemacht wurde. Die Atmung bessert sich, wird aber nicht ganz frei. Auf Grund der Anamnese und des Status thymico-lymphaticus tauchte der Verdacht einer Thymushyperplasie auf. Drei Monate später scheinbare Besserung der Atmung, so daß das Dekanülement durchführbar ist. Am 2. Oktober 1913 wird das Kind wegen eines heftigen Erstickungsanfalles abermals in das Spital gebracht. Bei reiner Stimme ausgesprochener Stridor und hochgradige Zyanose, die dem mit Ekzem bedeckten Gesicht ein ganz eigenartiges Aussehen gibt. Auffallend war das Erscheinen einer Vorwölbung über dem Manubrium sterni während des Exspiriums. Auf Grund dieser Feststellung wurde als Ursache der Trachealstenose Thymushyperplasie diagnostiziert. Die Operation wurde nach der Vorschrift von Rehn-Klose als partielle intrakapsuläre Thymektomie mit Thymopexie durchgeführt. Da ferner die Trachea säbel-

scheidenartig zusammengedrückt war und die Trachealringe anscheinend erweicht waren, wurde in die Trachea eine Kanüle eingeführt. Nach der Thymektomie wurde das Atmen sofort frei, Stridor und Zyanose verschwanden. Im weiteren Verlauf ist die Besserung des Status lymphaticus hervorzuheben. Das früher allen Behandlungsversuchen trotzende Ekzem heilte innerhalb 2 Wochen ohne jede Einmischung spontan. Die weitere Entwicklung war in körperlicher und geistiger Beziehung normal. Mit dem gleichen Fall beschäftigt sich eine Mitteilung desselben Verf. unter dem Titel „Die Rückbildung eines schweren Status ekzematosus nach Thymusexstirpation" in Budapesti Ordosi Ujság 1914, Nr. 12, 19. März.

H. Netter (Pforzheim).

Harald Boas und **Henning Rönne** (Dänen): Untersuchungen über familiäre Syphilis bei parenchymatöser Keratitis. (Hospitaltidende 1914 Nr. 3.) Die Verff. untersuchten 33 Familien, in welchen Fälle von parenchymatöser Keratitis auf angeborener, syphilitischer Basis vorgefallen waren. 132 Geburten oder Aborte hatten in diesen 33 Familien stattgefunden. Als Hauptresultate fanden die Verff., daß Patienten mit parenchymatöser Keratitis oft anscheinend gesunde Geschwister mit positiver Wassermann-Reaktion haben. Dieselben müssen eruiert werden, da präventive spezifische Behandlung als notwendig angesehen werden muß. Die Vererbung der syphilitischen Infektion zeigte sich mehr unregelmäßig, als man bisher gewöhnlich anzunehmen geneigt gewesen ist; speziell ist die Geburt von anscheinend gesunden Kindern keine Garantie, daß die folgenden Kinder nicht infiziert sein können.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Leopold Meyer und **E. Hauch** (Dänen): Über Zerreißungen der Dura mater, bei Neugeborenen während der Entbindung entstanden. (Hospitalstidende 1913 Nr. 45.) Nachdem Beneke in der Versammlung der Deutschen pathologischen Gesellschaft 1910 über Tentoriumzerreißungen und ihre Bedeutung für die intrakraniellen Blutungen bei Neugeborenen sich ausgelassen hatte, haben die Verff. dieses Verhältnis in den Entbindungsabteilungen des Reichshospitals untersucht. Die Verff. fanden gewöhnlich die Zerreißungen in dem Verlauf der von Beneke erörterten Fasern (siehe M. m. W. 1910, S. 2125), aber nicht allein durch das obere Blatt des Tentoriums (unvollständige Zerreißung), so wie Beneke beschrieb, sondern auch durch beide Blätter (vollständige Zerreißung), und namentlich dem dreieckigen Teil des Tentoriums bei der Basis der Falx entsprechend; außerdem fanden sie Falxzerreißungen ganz aufwärts bis zu ihrer Anheftung, so daß der Sinus longitudinalis geöffnet wird, und endlich Zerreißungen in dem vorderen Teil der Falx in der Nähe der Crista galli. Um diese Zerreißungen zu studieren, benutzten die Verff. eine spezielle Sektionstechnik, um sicher zu sein, daß die Zerreißungen nicht künstlich durch die Sektion hervorgebracht wurden. Von Oktober 1910 bis April 1911 wurden alle totgeborenen und kurz nach der Entbindung gestorbenen Kinder nach der näher beschriebenen Technik seziert. Im ganzen wurden 64 Köpfe untersucht (unter 1200 Geburten),

in 28 Fällen wurden Zerreißungen gefunden. In 15 von diesen waren die Zerreißungen ohne Bedeutung als Todesursache; unter den 13, wo die Zerreißung und Blutung als Todesursache angesehen werden mußte, waren 6 totgeboren. Falxzerreißungen wurden in 8 Fällen, immer mit Tentoriumzerreißungen kombiniert, gefunden; die Falxzerreißungen wurden häufiger bei großen Kindern, durch schwierige Eingriffe geborenen, als bei kleinen, spontan geborenen, gefunden. Sie verursachen gewöhnlich keine bedeutende Blutungen. Nach dem Material der Verff. scheint es, daß durch Zangenentbindungen namentlich der Druck von vorne nach hinten die Spannung und Zerreißung der Dura hervorruft (unter 20 Zangenentbindungen mit schlechtem Griff entstanden 8 ernstliche Zerreißungen, unter 46 mit gutem Griff keine). Die Zerreißungen waren häufiger bei Extraktion in Unterkörperlage als bei Zangenentbindungen, vielleicht, weil der Kopf bei Unterkörperlage mehr Platz hat, sich aufwärts auszudehnen, und die Spannung des Tentoriums dadurch stärker werden kann. Bei Zerreißungen nach spontaner Geburt handelte es sich immer um kleine Kinder, d. h. daß die Köpfe kleiner Kinder nicht einmal die leichte Kompression der normalen Geburt vertragen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

L. Haskovec (Prag), Über ärztliche Aufsicht in Schulen. (Revue v neuropsychopathologie usw. 1912 Nr. 3 u. 4 [böhmisch].) Vom ärztlichen und sozialen Standpunkt empfiehlt Verf. Einrichtung der Institution spezialistisch ausgebildeter Nervenärzte und Psychiater als Schulärzte und verlangt obligatorische Einführung auch in bezug auf familiäre und hereditäre Belastung ausgearbeiteter Fragebogen für Beurteilung des Gesundheitszustandes der Kinder, wie sie z. B. bei der böhmischen Landeskommission für Kinderpflege und -schutz eingeführt sind. (Fragebogen in externo publiziert.)

Jar. Stuchlik (Zürich).

O. Kutvirt (Prag), Über die Beziehung der Otitis media zur Eklampsia infantum. (Casopis ceskych lékaruv 1913 Nr. 27 [böhmisch].) Bei 11 Fällen von Eklampsia infantum beobachtete Verf. eine Entzündung des Mittelohrs, und wenn er diese behandelte (Parazentese) bzw. beseitigte, verschwanden sofort die eklamptischen Symptome. Verf. macht aufmerksam auf diesen Zusammenhang, der anatomisch wohl erklärbar ist, aber der nach weiteren Studiums bedarf, namentlich was das plötzliche Verschwinden der eklamptischen Symptome betrifft. Von 11 Fällen verliefen 7 tödlich, davon entfielen 4 auf andere Krankheiten (Pneumonia alba, Lungentuberkulose, Meningitis, Enteritis). Auf diesen Zusammenhang beider Erkrankungen ist bisher in der Literatur nicht aufmerksam gemacht worden.

Jar. Stuchlik (Zürich).

J. Basta, Über Säuglingspflege in Südböhmen (Trebou). (Revue v. therapii, veujné hygiene usw. 1912 S. 332—340 [böhmisch].)

Eine statistische Studie. Von allgemeinem Interesse mag sein, daß die Sterblichkeit der Säuglinge in dieser wenig industriellen Gegend 20,4% sämtlicher Säuglinge bis zum Alter von 1 Jahr, oder 33,14%

sämtlicher gestorbener beträgt, also nicht weit von dem Landesdurchschnitt (20,27 % und 30,42 %) steht. Gestillt wurden fast sämtliche Kinder, nur 5,07 % wurden künstlich ernährt; Stillungsdauer beträgt im Durchschnitt 9—15 Monate. Die hygienischen Verhältnisse betreffs der Säuglingspflege lassen noch viel zu wünschen übrig; erfreulich ist aber, daß die ärztliche Hilfe verhältnismäßig oft gesucht wird. Jar. Stuchlik (Zürich).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Hoeftman: **Neue Methode (Lexer) zur Pfannenbildung bei kongenitaler Luxation.** Vortr. zeigt einen 11jährigen Knaben vor, bei dem vor etwa 10 Wochen eine linksseitige kongenitale Luxation, nach einer von Lexer angegebenen, bisher noch nicht veröffentlichten Operationsmethode der wackelnde Gang beseitigt worden ist. Lexer selbst hat empfohlen, nach Freilegung der Pfanne mit dem Lorenzschen Schnitt den oberen Rand des Limbus nach oben zu schlagen und durch ein vom Kopfe abgeteiltes Stück, das durch einen Nagel an dem oberen Pfannenrande befestigt wird, derartig zu verstärken, daß es für den der Pfanne zugekehrten Kopf einen Halt gegen das Luxieren gibt. Lexer hat nach seiner letzten Mitteilung die Operation auch modifiziert, indem er nach Zuspitzung des Kopfes unter möglichster Beseitigung der Antiversion den oberen Teil des Limbus nach oben schlägt und den Kopf in die ausgeräumte Pfanne reponiert, nachdem ein Fettstück zwischengelagert ist. — Er benutzt übrigens nach seinen Mitteilungen auch statt eines Segmentes des Kopfes ein aus dem Trochanter ausgemeißeltes Stück. Vortr. hat abweichend davon den Schnitt dicht unterhalb der Crista, von hinten her beginnend, bis zur Spina anterior hin geführt, die ganzen Glutäen dicht an ihrem Ursprung abgetrennt und im ganzen nach unten verlegt, die Kapsel quer geöffnet, nach oben geschlagen und dann ein ziemlich großes Segment des Kopfes abgetrennt und auf den oberen Rand der Pfanne genagelt. — Es ist also keine Einführung des Kopfes in die Pfanne ausgeführt worden; nach reaktionsloser Heilung ist aber ein tadelloser Gang erzielt, und ist das Gelenk fast frei beweglich, mit Ausnahme der Beschränkung der Abduktion. Es wird ein Fall von doppelseitiger Reposition durch Lexer im Diapositiv vorgeführt. Dann wird noch kurz erwähnt, daß bis zum 7. Jahre die Repositionsmöglichkeiten gute sind, wenn auch in manchen Fällen, in denen die Reposition nicht gleich zu vollziehen ist, nach Fixieren in möglichst günstiger Stellung sie 2—3mal wiederholt werden muß, in Zwischenräumen von 8—14 Tagen, bis ein günstiges Resultat erzielt wird.

(Verein für wissenschaftliche Heilkunde, Königsberg i. Pr. 10. XI. 1913.)

Levinsohn: **Kurzsichtigkeit und Schule.** Der Einfluß der Schule auf die Häufigkeit und den Grad der Kurzsichtigkeit ist unbestreitbar und durch alte wie neue Untersuchungen bewiesen. Daß die Naharbeit es ist, die Kurzsichtigkeit macht, wird allgemein behauptet, ohne daß aber der Modus dieser Entstehung eindeutig festgestellt ist. Viele halten noch heute fest an der Drucktheorie, gemäß derer bei Naharbeit, entweder infolge der Kontraktion des Ziliarmuskels oder durch diejenige der äußeren Augenmuskeln der Binnendruck steigen und den bei manchen Menschen nachgiebigeren hinteren Pol ausbuckeln und so das Auge verlängern soll. Vortr. lehnt diese Theorie ab, weil nach seinen eigenen und anderen Untersuchungen der Binnendruck bei Akkommodation sowohl wie bei Konvergenz konstant bleibt. Ebenso lehnt er ab die Stillingsche Orbitaltheorie: bei niedriger Orbita übt der Obliquus superior, der sich beim Lesen abrollt, einen Druck auf den Bulbus, der zu dessen Verlängerung führen soll. Auch die sogenannte angeborene Nachgiebigkeit des hinteren Augenpols sei durchaus nicht erwiesen, obgleich unzählige Präparate danach durchforscht wurden. Ein Moment, das noch nie beachtet wurde, sei die Schwere; indem das Schulkind mit krummem Rücken und vornüber sinkendem Kopf arbeitet, wird die Augenachse aus ihrer normalerweise horizontalen Richtung um einen rechten Winkel bis zur senkrechten ge-



dreht. Das Auge „fällt" nach unten und bewirkt so, da es hinten nur am Sehnerven gehalten wird, eine Zerrung an der Übergangsstelle zwischen Nerv und Auge: das sogenannte hintere Staphylom. Hierfür sprächen nicht bloß die früheren Hängeversuche (junge Katzen in Säcken mit dem Kopf nach unten aufgehängt, werden allmählich myopisch), sondern auch seine neuen Affenversuche: junge Affen werden täglich mehrere Stunden in einen Kasten gesperrt, der sie zwingt, den Kopf vornüber zu halten, so daß die Stirn horizontal liegt. Die objektive Refraktionsbestimmung ergibt von Woche zu Woche zunehmende Kurzsichtigkeit und außerdem die beim kurzsichtigen Menschen typischen Hintergrundsveränderungen. Für die Bedeutung der Schwere spräche auch noch, daß diejenigen Berufe, die trotz Naharbeit nicht viele Kurzsichtige aufweisen (wie z. B. die Stickerinnen, die Uhrmacher, die Juweliere), mit tiefem Sitz an hohem Tisch und infolgedessen mit gerader Kopfhaltung arbeiten. Hierdurch würde also bewiesen, daß die Naharbeit als solche, wenn das Auge nicht nach unten hängt, nicht kurzsichtig macht. Aus dieser neuen Theorie müsse die Augenhygiene praktische Folgerungen ziehen, indem mindestens für das Lesen die Tischfläche möglichst steil aufgerichtet wird, wenn auch das Schreiben auf solchen Platten nicht gut angeht. Vortr. hat eine Schulbank konstruiert, bei der ein Teil der Tischplatte aufklappbar ist.

Diskussion. Crzellitzer vermag sich nicht vorzustellen, wie der Augapfel der Schwere folgen könnte, da er doch nicht am Sehnerven hängt wie eine Kugel frei im Raume an einem Faden, sondern die Tenonsche Kapsel und die Lidknorpel stützen ihn, und die Lider stehen unter dauerndem Muskeltonus der Lidmuskeln; diesem gegenüber sei das Gewicht des Bulbus ganz unbedeutend. Bei den Affenversuchen käme doch nicht bloß die Schwere in Betracht. Denn die Affen hätten entweder andauernd auf den dicht unter ihren Augen befindlichen Tisch geblickt, also stark konvergiert, oder aber, wenn sie sich im Zimmer umsehen wollten, die Augen stark stirnwärts rollen müssen. Beide Momente könnten sehr wohl von Bedeutung sein, vielleicht sogar auch auf die Binnenspannung, denn die Ansicht des Vortr. über die Konstanz des intraokularen Druckes bei Naharbeit sei nicht die aller Fachgenossen. Was übrigens die praktischen Folgerungen anlangt, so sei er mit dem Vortragenden einig in dem Bestreben, die Vornüberbeugung des Kopfes zu verhüten. Nur geschähe dies nicht, um die Schwere, sondern um die Naharbeit auszuschalten. Im Laufe des letzten Sommers habe er zu diesem Zwecke einen gesetzlich geschützten „Stirnbügel" konstruiert, der sich bisher recht gut bewährt habe. — Hauptmann Ziegler begrüßt die Anregungen des Vortr. und wünscht eine Resolution der Gesellschaft, in der für Schulkinder allwöchentliche Sehübungen im Freien als Gegengewicht gegen die Naharbeit gefordert würden. — Gottstein: Wenn die Theorie des Vortr. zutrifft, müßte das Lesen in Rückenlage des Kopfes ganz ungefährlich hinsichtlich Myopie sein. Ferner müßten großgewachsene Menschen leichter kurzsichtig werden als kleine, da ihre Augenachsen bei Naharbeit leichter in senkrechte Richtung geraten.

(Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik, Berlin, 13. XI. 1913.)

Stursberg: **Oleum Chenopodii gegen Oxyuren**. Die Bekämpfung der Oxyuren bildet noch immer eine wenig dankbare Aufgabe, da wir bisher kein Mittel besitzen, welches wie etwa das Extr. filicis gegenüber den Taenien ein gewissermaßen spezifisches Gift für den Schmarotzer darstellt. Dazu kommt der eigenartige Entwicklungsgang der Oxyuren, der immer wieder zur Selbstinfektion der Träger Veranlassung gibt, und weiter der Umstand, daß die für die Neuinfektion besonders gefährlichen geschlechtsreifen Tiere sich im Dickdarm aufhalten und infolgedessen für die vom Munde aus zugeführten Arzneien nur sehr schwer erreichbar sind. Denn sicher wird ein großer Teil der Mittel schon vorher aufgesaugt oder aber sie kommen in so starker Verdünnung im Dickdarm an, daß sie nicht mehr hinreichend wirksam sind. Deshalb hat man von jeher versucht, die Oxyuren durch Einläufe zu bekämpfen; die Erfolge sind aber keineswegs glänzend, selbst dann nicht, wenn die Einläufe längere Zeit hindurch angewandt werden. Dieser Mißerfolg hat wohl teilweise seinen Grund darin, daß wir bisher kein Mittel besitzen, welches die Oxyuren tötet oder lähmt, dabei aber für den Wirt unschädlich ist. Einläufe mit Karbol- oder gar Sublimatlösungen anzuwenden, habe ich nie gewagt. Die sonstigen Mittel, die empfohlen wurden, sind teilweise

nur wenig wirksam, teilweise, wie die bekannten Knoblauchklistiere, in der Anwendung sehr wenig angenehm, teilweise endlich wirken sie, besonders bei häufiger Wiederholung, stark reizend auf die Darmschleimhaut. Letzteres gilt wohl auch von den Einläufen mit ganz kaltem Wasser, wie sie Heubner empfiehlt, und den Seifeneinläufen. Vortr. hat den Versuch gemacht, das Ol. Chenopodii, welches sich gegen Askariden vorzüglich bewährt hat, vom Mastdarm aus zuzuführen, und zwar in Form einer Emulsion. 10—20 Tropfen des Öles (= 0,2—0,4), also die gewöhnliche Gabe, werden in der üblichen Weise mit Gummi arabicum und Wasser zu einer Emulsion verarbeitet, und diese wird zu 1—1$^1/_2$ l lauwarmen Wassers hinzugesetzt. Beim Umschütteln verteilt sich die Emulsion, die gut erhalten bleibt, ganz gleichmäßig und wird in dieser Form zum Einlauf verwendet, nachdem der Darm vorher durch einen Reinigungseinlauf entleert wurde. Irgendwelche Reizwirkungen scheinen nicht einzutreten, so daß bei Sorge für langsames Einfließen und richtige Wärme der Einlauf auch von Kindern hinreichend lange zurückgehalten werden kann. Das Ergebnis von zwei in dieser Weise behandelten Fällen, die beide nicht schwer waren, d. h. wohl nur ziemlich spärliche Oxyuren beherbergten, kann Vortr. hier vorführen. Die in diesem Glase enthaltenen zahlreichen Oxyuren gingen bei einem Manne nach dem Chenopodiumeinlauf ab, während der Reinigungseinlauf nur ganz vereinzelte Würmer zutage gefördert hatte. Die ebenfalls sehr zahlreichen Oxyuren in dem zweiten Glase rühren von einem vierjährigen Kinde her, bei dem der vorhergehende Seifeneinlauf überhaupt keinen der Schmarotzer aus dem Darm vertrieben hatte. Auch in einigen anderen Fällen, in denen Vortr. allerdings den Stuhl nicht so genau untersuchen konnte, schien der Erfolg günstig. Vortr. möchte deshalb die Aufmerksamkeit auf dieses Verfahren lenken, um gleichzeitig zur Nachprüfung anzuregen, zumal er selbst nur verhältnismäßig selten geeignete Fälle zu sehen bekomme. Gleichzeitige Anwendung eines Abführmittels um die noch im Dünndarm befindlichen Entwicklungsstufen zu entfernen, und Anwendung der von Heubner besonders betonten Reinigungsmaßregeln usw. ist in schweren Fällen jedenfalls erforderlich; vielleicht gelingt es aber, die Dauer der Behandlung durch die Chenopodiumeinläufe wesentlich abzukürzen. Ob man in leichteren Fällen mit ihrer Anwendung allein ohne eine Heubnersche Kur auskommt, müssen weitere Erfahrungen lehren.

(Niederrhein. Ges. f. Natur- und Heilk., Bonn, 20. X. 1913.)

Thost: **Bronchoskopie.** a) Der 2$^1/_2$jährige Knabe fing seit November vorigen Jahres an zu husten und zu keuchen. Dieser Zustand dauerte den ganzen Winter hindurch. Im Frühjahr kam Fieber dazu, das Kind magerte ab. Im Juni wurde das Kind nach Eppendorf gebracht; dort fand man im Röntgenbild einen Fremdkörper, eine Metallspange von einem Kinderschuh. Der Versuch, durch einfache Tracheotomie den Fremdkörper zu entfernen, mißlang. Das Kind wurde mir überwiesen, und ich entfernte mit dem Bronchoskop aus dem linken Bronchus den in Granulationen eingebetteten Fremdkörper. Die Kanüle wurde sofort entfernt, das Fieber fiel steil ab, und das Kind konnte bald geheilt entlassen werden. Der Fremdkörper hatte 9 Monate gelegen. Auch bei diesem Kinde fand sich, worauf ich schon bei früheren Fremdkörperfällen hingewiesen hatte, eine besonders große, geräumige, löffelförmige Epiglottis, eine Form, die, wie mir scheint, die Aspiration von Fremdkörpern begünstigt. — b) Ein junger Mann, der 8 Tage vor seiner Aufnahme ins Eppendorfer Krankenhaus auf einer Tour, während er Schwarzbrot kaute, derb auf den Rücken fiel. Bald danach hatte er Schmerzen in der Brust, es kam ihm vor, „als ob seine Lunge nicht recht arbeite". In Eppendorf wurde die Diagnose auf fötide Bronchitis gestellt, weil das Sputum übel roch. Temperatur 37,9°. Patient wurde mir zur Bronchoskopie überwiesen. Als ich mit einem dickeren bronchoskopischen Rohr in den rechten Bronchus eindrang und die stark geschwollene Schleimhaut auseinanderdrängte, entleerte sich plötzlich durch das Rohr fast ein Eßlöffel voll weißen, enorm faulig riechenden flüssigen Sekrets. Von dem Moment an fühlte sich Patient sehr erleichtert, ohne alle Beschwerden. Bei einer 2maligen Nachuntersuchung waren die Bronchien frei. Auch bei diesem Patienten fand sich eine besonders breite, löffelförmige Epiglottis.

Kellner: **Kretinismus.** a) Demonstration einer Kretine, bei der sämtliche Symptome des Kretinismus in ausgesprochener Weise vorhanden sind. Das Mädchen ist in Hamburg geboren und jetzt 7 Jahre alt. Von einer Schilddrüse ist nichts fühlbar. Die Zeichen des Kretinismus sind folgende: Zwergwuchs, die Größe bleibt

um 30 cm hinter der Norm zurück. Hydrozephalus mit weit offener Fontanelle. Spärlicher Haarwuchs, die einzelnen Haare sind dünn und trocken. Schläfenbuckel. Platte, breite Nase und weit auseinanderstehende Augen. Enorm großer Mund, aus dem eine unförmlich große Zunge heraushängt. Bis auf die Wurzeln abgeschliffene Zähne. Kalte, schlaffe, schweißlose Haut. Kurze dicke Daumen. Wülste am Halse, den Schlüsselbeinen und Oberarmen. Nabelbruch und Mastdarmvorfall. Krumme, magere Beine und Unvermögen zu gehen. Das Kind ist ohne Sprachvermögen, von mürrischer Gemütsart, unsauber, kann nicht allein essen und zeigt wenig Interesse für seine Umgebung. Als Gegenstück wird ein 9jähriges Mädchen gezeigt, das vor 5 Jahren ein ganz ähnliches Bild bot, wie das eben geschilderte, und bei dem bis auf die mangelnde Körpergröße sämtliche Symptome des Kretinismus durch die jahrelang fortgesetzte Behandlung mit Thyreoidin verschwunden sind.

b) Demonstration des Gehirnes eines mikrozephalen, vollsyphilitischen 12jährigen Idioten. Stark verdickte Schädeldecke, bei deren Eröffnung eine Menge klarer Flüssigkeit abfloß. Das Gehirn wog 740 g und zeigte an der Oberfläche sulzige Infiltrationen. Die beiden Seitenventrikel waren kolossal erweitert, die Dicke der Hemisphären bis auf die einer dicken Pappschicht geschwunden. Es handelt sich also um einen starken Hydrozephalus bei syphilitischer Idiotie.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 28. X. 1913.)

Neue: **Frühform von Dementia praecox.** Nach einleitender Übersicht über die Entwicklung der Lehre von der Dementia praecox und kurzer Erörterung eines vor längerer Zeit beobachteten Falles von Pfropfhebephrenie bei einem Knaben von 11 Jahren, der voll ausgebildete sekundäre Geschlechtsmerkmale zeigte, wird ein Fall von frühzeitiger Katatonie, die vor dem Eintritt der Pubertät einsetzte, vorgestellt. Es handelt sich um einen jetzt 15jährigen Knaben, der bis zu seinem 14. Lebensjahre eine durchaus normale körperliche und geistige Entwicklung bot, insbesondere sprachen keine Anzeichen für angeborenen Schwachsinn. Dann wurde er ziemlich plötzlich absolut gleichgültig, war zu keiner Arbeit mehr zu bewegen, hatte vereinzelte Beeinträchtigungsideen. Jetzt bietet er gemütliche Indolenz, Gleichgültigkeit, Negativismus, Mutazismus, Muskelspannungen, Triebhandlungen, gelegentlich Unreinlichkeit, oft katatonische Haltungen, vereinzelt Halluzinationen. Bei der Aufnahme in die Klinik, etwa 8 Wochen nach Ausbruch der Psychose, waren die sekundären Geschlechtsmerkmale noch nicht in der Entwicklung begriffen, zurzeit beginnen die Pubes- und Achselhaare zu wachsen. Nach dem Krankheitsbilde ist eine Frühform von Katatonie, die vor dem Eintritt der Pubertät einsetzte, anzunehmen.

Schröder: **Moral insanity.** 10jähriger Knabe. Unehelich. Von jeher unanhänglich, schwer zu erziehen, ungezogen. Lief seit einem Jahr bei jeder Gelegenheit fort, trieb sich umher, verdiente sich kleine Summen, vernascht sie, grobe Tierquälereien, mutwilliges Zerstören von fremdem Eigentum. Macht sich von Kindheit auf bei jedermann, der ihn nicht kennt, zunächst beliebt durch seine Anstelligkeit und Lebhaftigkeit; wer ihn dann näher kennen lernt, sucht ihn möglichst bald los zu werden. Erzieher und Lehrer haben schließlich stets bei ihm das Prügeln als zwecklos aufgegeben. — Die Untersuchung ergibt eine Reihe von körperlichen Degenerationszeichen, seine intellektuellen Fähigkeiten entsprechen dem Alter; er ist lebhaft, rasch auffassend, dabei ungeniert, neckt und hetzt in geschickter Weise ältere Kranke, treibt allerlei Possen.

(Greifswalder Medizinischer Verein, 22. XI. 1913.)

Stepp: **Therapie der Bronchitis und Pneumonie bei Kindern.** Vortr. verwirft die übliche Behandlung mit den Wickeln, die nichts nützen, aber sehr schaden können. Er empfiehlt bei kräftigen Kindern 2—3 kühle Waschungen von Brust, Rücken und Armen mit darauf folgenden Abreibungen und hierauf erwärmte Hautbekleidung und erwärmtes Bettchen. Bei schwächlichen und anämischen Kindern dagegen werden heiße Waschungen mit Vorteil angewendet. Rötung und Durchblutung der Haut und wohltätige Erregung des Gesamtkörpers werden bewirkt. Ausgiebige Atmungstiefe, Lockerung und Entfernung des Sekrets werden erzielt. Atelektasen werden gehoben und verhütet.

(Ärztlicher Verein Nürnberg, 20. XI. 1913.)



Lexer: **Operation der angeborenen Hüftgelenkverrenkung.** Die Hoffa-Lorenzsche Operationsmethode für die angeborene Hüftgelenkverrenkung ist besonders für ältere Kinder verbesserungsbedürftig. Zur Vermeidung von Versteifung ist mit Recht angestrebt worden, den Pfannenboden nicht anzufrischen. Nach verschiedenen Versuchen aber, welche berichtet werden, gelangte Vortr. zu dem Gedanken von Franz König zurück, am oberen Pfannenrand einen knöchernen First herzustellen. Hierzu wurde jedoch nicht ein Periostknochenlappen gewählt, sondern nach Anfrischung einer entsprechenden Stelle oberhalb der Pfanne durch freie Knochentransplantation ein Knochenstück angenagelt. Dasselbe wurde entweder bei abgeplattetem Kopfe von dem Rande desselben entnommen oder stammte aus dem Trochanter. Der älteste derart vor 8 Jahren operierte Fall hat freie Beweglichkeit und eine leidlich gute Stütze des Oberschenkels am Becken Es sind jedoch mit dieser Methode, die mehrfach ausgeführt worden ist, auch weniger befriedigende Resultate zustande gekommen, was seinen Grund teils in Reluxation mit allmählicher Verschiebung des Knochenstückes nach oben, teils in nachträglicher Versteifung des Gelenks hat. Da die letztere nach dieser Operation ebenso, wie es sich einige Male nach der unblutigen Reposition zeigte, durch schwielige, sogar auch knöcherne Kapselveränderungen hervorgerufen werden kann, hat Vortr. den Grundsatz verfolgt, daß in allen Fällen die ganze Kapsel entfernt werden muß. Dies läßt sich um so leichter durchführen, als wir heute zur Genüge wissen, daß um künstlich hergestellte Gelenke sich von selbst eine neue Kapsel bildet. Bei den folgenden Operationen wurde indes von der Firstbildung nach Entfernung der ganzen Kapsel abgesehen und ähnlich wie bei der Operation der Synostose des Hüftgelenks vorgegangen, nämlich zunächst eine tiefe Pfanne gebohrt, sodann der Kopf entsprechend geformt und dieser vor seiner Einreibung in die künstliche Pfanne mit einem frei verpflanzten Fettlappen umhüllt, der durch Nähte an ihm befestigt wurde. Die vorgeführte, nach dieser Methode operierte 19jährige Patientin kann bereits 7 Wochen nach der Operation einige Schritte ohne Stock gehen, hat freie aktive und passive Beweglichkeit im Hüftgelenk, die sich unter Übungen von Tag zu Tag bessert. Das neue Gelenk steht an der richtigen Stelle; beim Erheben des gesunden Beines bleibt das Becken vollkommen horizontal stehen. Als Schnitt wählt Vortr. einen nahe der Spina beginnenden, den großen Trochanter umkreisenden Bogenschnitt. Die Trochanterspitze wird mit dem Glutaeus medius nach oben geklappt. Für ältere Fälle, bei welchen eine Transposition wegen Hochstandes des Kopfes unmöglich erscheint, empfiehlt Vortr. an Stelle der Hoffaschen „Pseudarthrosenoperation“, die Resektion des Kopfes und das Annageln desselben an der Darmbeinschaufel, um dem Femurende einen festen Halt zu geben. Es entwickelt sich hier eine Pseudarthrose mit guter Beweglichkeit und Stützfähigkeit, so daß das Hinken verschwindet.

(Naturwissenschaftlich-medizinische Gesellschaft, Jena 27. XI. 1913.)

IV. Monats-Chronik.

Wien. Für Kinderheilkunde habilitiert: Dr. v. Reuss.

Basel. Prof. Hagenbach-Burkhardt feierte sein goldenes Doktorjubiläum.

New York. Unserem geschätzten Mitarbeiter Dr. Sheffield wurde der Alvarengapreis des College of Physicians of Philadelphia erteilt.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

19. Jahrgang. 1. Dezember 1914. Nr. 12.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Ernst Welde, Über das Schicksal von 396 kongenital syphilitischen Kindern und die Notwendigkeit einer organisierten Fürsorge. (Zschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 6. S. 451.) Es wurden ausschließlich solche Fälle aus der Kinderklinik in Berlin berücksichtigt, die innerhalb des ersten Lebensjahres mit frischer Lues congenita aufgenommen wurden. 100 Kinder standen in klinischer, 296 in poliklinischer Beobachtung. 200 Kindern wurde nachgeforscht, und dabei ergab sich, daß die Mortalität der klinisch behandelten Fälle sehr groß ist (74 %). Es werden eben die schwersten Fälle aufgenommen. Charakteristisch ist, daß 20 % der Kinder moribund eingeliefert wurden. Der Einfluß des Pauperismus auf die Prognose ist ebenfalls deutlich. Des weiteren ließ sich die Ansicht Heubners bestätigen, daß die Prognose der luetischen Kinder um so schlechter ist, je frühzeitiger Symptome auftreten; denn von den Gestorbenen hatten von Geburt an Erscheinungen 35 %, innerhalb der ersten Wochen Erscheinungen 42 %, erst vom 2. Quartal ab Erscheinungen 1 %. Der Einfluß der Ernährung kommt darin zum Ausdruck, daß nur 20 % der Verstorbenen Brustkinder waren, während 31 % nur ganz kurze Zeit Brust erhalten hatten und 42 % von Anfang an künstlich ernährt waren.

Die spezifische Behandlung ist in ihrer Wirkung abhängig von möglichst frühzeitigem Einsetzen und von genügend langer und intensiver Durchführung. Bezüglich des Einflusses der frühzeitigen Behandlung gibt die Statistik kein verwertbares Resultat. Dagegen erweist sich die Mortalität um so höher, je weniger lang die Behandlung dauert. Wichtig ist, daß über die Hälfte der gar nicht oder nur ganz kurze Zeit behandelten Kinder bis jetzt ohne weitere Behandlung geblieben ist und mit Ausnahme zweier Fälle heute noch luetische Symptome hat.

Schicksal der zunächst überlebenden (96) Fälle: Von ihnen sind 14 (3 klinisch, 11 poliklinisch) in späterem Alter an anderweitigen Infektionen (Morbillen, Pertussis, Diphtherie, Pneumonie usw.) gestorben.

Von den übrigbleibenden 82 Fällen konnte Verf. zurzeit (Mitte 1912) 36, also nicht ganz die Hälfte, persönlich nachuntersuchen. Dabei fanden sich 27 Kinder, die noch spezifische luetische Symptome haben, und nur 9 vollständig gesunde. (Ausfallen jeglicher Erscheinungen, auch negativer Wassermann.)

Auch aus dem Material des Verf.s geht aber hervor, daß eine Heilung der kongenitalen Lues sehr wohl möglich ist. Andererseits ist aber hervorzuheben, daß nur selten die Behandlung bis zur definitiven Heilung durchgeführt wird. Diese Tatsache verlangt Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung. In der Klinik sind 4 Fälle von Ansteckung durch kongenitale luetische Säuglinge bekannt. Wahrscheinlich kommen solche Fälle aber häufig vor. Welander hat deshalb ein Heim gebaut, in dem kongenital luetische Kinder einer 3—4jährigen Behandlung unterzogen werden. Diesem Beispiel ist auch die Waisenhausverwaltung Berlins gefolgt. Verf. bespricht die Schwierigkeiten der Unterbringung luetischer Säuglinge in geschlossenen Anstalten und plaidiert für eine offene Fürsorge luetischer Kinder.

Schick (Wien).

Boissonnas, Ein Beitrag zur Symptomatologie und Therapie der Thymushypertrophie. (Ebenda 7. 1913 H. 6. S. 472.) Bericht über 4 Fälle. Der erste Fall betrifft einen 6 Monate alten Knaben, der ohne Erscheinungen von Asthma an Pneumonie starb. Bei der Sektion fand sich eine große Thymus. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung ergab die Diagnose Lues.

Bei den weiteren 3 Fällen wurde kein Symptom von Lues gefunden. An Symptomen bestanden bei allen 3 Fällen tönender Stridor im In- und Exspirium, Anfälle von Zyanose und starke Atemnot, eventuell mit Hyperextension des Kopfes. 2 Fälle wurden operiert; einer davon ausgeheilt, die anderen starben an Pneumonie. Der 3. Fall wurde mit Röntgen behandelt und geheilt. Zur Diagnosestellung wurde die Radioskopie empfohlen. Schick (Wien).

Arnold Benfey und **Hans Bahrdt,** Beitrag zur Beurteilung der Drüsenschwellungen bei Kindern jenseits des Säuglingsalters und ihrer Beziehungen zum Lymphatismus. (Ebenda 7. 1913 H. 6. S. 481.) Bei den meisten „Drüsenkindern“ finden sich außer den Veränderungen am adenoiden System noch eine ganze Reihe von anderen körperlichen und funktionellen Anomalien, die zusammen auf eine konstitutionelle Besonderheit deuten und beweisen, daß es sich dabei um die Veränderungen handelt, die mehr oder weniger mit der hypoplastischen Konstitution, dem Status lymphaticus und der lymphatischen bzw. der exsudativen Diathese zusammenfallen. Durch Studium dieser Symptome wird auch zu der Frage, die sich Verff. stellten, ob das konstitutionelle oder das exogene Moment bei den Drüsenkindern vorwiegt, etwas beigetragen. Man darf vermuten, daß dort, wo sich Symptome der geschilderten Konstitutionsanomalien geltend machen, geschlossen werden kann, daß eine lymphatische, exsudative Konstitution auch bei der Entstehung der von den Verff. untersuchten Drüsenschwellungen wesentlich beteiligt ist, und nicht bloß das exogene Moment und nicht nur (aus äußeren Ursachen) gehäufte und intensive lokale Infektionen.

Noch ein anderes Moment: eine funktionelle und zunächst noch nicht erklärte Eigenschaft der Drüsenkinder kann für die konstitutionelle Natur eventuell herangezogen werden, d. i. die große An-

fälligkeit den Infektionen und Irritationen der oberen Luftwege gegenüber, die Verff. auch bei ihren Fällen gefunden und studiert haben. Selbst wenn man, wie das Heubner, Bartel u. a. und auch Verff. tun, hier einen Circulus vitiosus annimmt, selbst wenn man die zunehmende Empfindlichkeit und Reaktion der Schleimhäute teilweise durch die vorhergegangenen Infektionen und Traumen, durch eine funktionell mangelhafte Restitution der gesetzten Schädigung erklären will, bleibt noch eine Lücke in der Erklärung. Denn zweifellos sind andere Kinder ebensooft den gleichen Schäden ausgesetzt, ohne so oft zu erkranken, ohne mit sekundären Drüsenschwellungen, adenoiden Vegetationen usw. zu reagieren.

Die Anfälligkeit der oberen Luftwege ist also nicht bloß die Folge von zufällig gehäuften Infektionen, sondern zugleich der Ausdruck einer Krankheitsbereitschaft, einer Diathese, vornehmlich des adenoiden Systems, die vermutlich schon vor den ersten Infektionen bestand, allerdings aber durch die hinzutretenden Infektionen wiederum gesteigert wird. Es wird bei der Erklärung von solchen Krankheitsbildern ähnliches gelten wie bei der von Infektionsimmunitätsvorgängen: nicht Disposition oder Virulenz, sondern Disposition und Virulenz sind maßgebend (Finkler). Die Notwendigkeit dieser Ideenverbindung von Konstitutionsanomalien und Immunitätsvorgängen betont auch Bartel, obwohl er selbst mit am meisten dazu beigetragen hat, einen großen Teil der anatomischen, scheinbar angeborenen Anomalien des Lymphsystems durch postfötale Noxen (Infektionen mit Alteration der Gewebe ohne spezielles Krankheitsprodukt, Latenz von Infektionskeimen in scheinbar unversehrtem Gewebe usw.) zu erklären. Es ist das auch die Auffassung von Heubner, der den Lymphatismus nur zum Teil als Folge lokaler gehäufter Infektionen ansieht und die Mehrzahl der Drüsenkinder zum Lymphatismus rechnet. Schick (Wien).

Leonhard Findlay, Die Eingangspforte der Tuberkelbazillen. (Ebenda 7. 1913 H. 6. S. 503.) Bei Kaninchen kann im Experiment durch Inhalation tuberkelbazillenhaltiger Luft sehr leicht Lungentuberkulose erzeugt werden. Bei Verfütterung tuberkulösen Materials hingegen gelingt die Erzeugung der Infektion außerordentlich schwer, vorausgesetzt, daß bei der Fütterung eine Einbringung von Bazillen in die Luftwege vermieden wird. Bei Fütterung mit tuberkelbazillenhaltigen Mischungen und Einverleibung der Bazillen mit Magensonde liegt die Gefahr dieser Insufflation sehr nahe; deswegen sind diese Methoden bei experimentellen Untersuchungen über die Eingangspforten der Tuberkulose nicht verwendbar. Bei jeder operativen Eröffnung der Bauchhöhle (Gastrostomie, Gastropexie) kommt es sehr leicht zur Infektion des Peritoneums; deshalb können auch diese Methoden zur Einbringung der Bazillen in den Magen nicht empfohlen werden. Für weitere Versuche erscheint es ratsam, die Bazillen in Gelatinekapseln eingeschlossen mit einer Sonde in den Magen zu bringen; nur auf diese Weise ist eine direkte Infektion der Verdauungsorgane zu erreichen und die Infektion des Bauchfelles vermeidbar. Meerschweinchen sterben häufig kurz nach der Injektion

von Verreibungen von Kaninchenorganen (Lunge, Mesenterialdrüsen); sie sind also für sekundäre Inokulation nicht brauchbar, und es werden besser Kaninchen genommen. Die Anschauung, daß die tuberkulöse Infektion häufig durch die unverletzte Intestinalschleimhaut hindurch erfolgt, wird durch die Tierexperimente nur wenig gestützt.

Schick (Wien).

Elis Lövegren (Helsingfors), Weitere Blutbefunde bei Melaena neonatorum. (Jahrb. f. Kindhlk. 79 [3. Folge 29. Bd.]. S. 708.) Knüpft an frühere Mitteilung (ebenda 78. 1913) an. 2 Fälle mit Blutbefund. An den roten Blutkörperchen: keine Neigung zur Rollenbildung, Tendenz zu Stechapfelformbildung, Größendifferenzen. Verlängerte Gerinnungszeit. Diese Befunde sollen typisch sein für Melaena neonatorum, schwinden beim Aufhören der Blutungen, stehen in kausaler Beziehung zur Erkrankung. Husler (München).

Georg Hilliger, Über periodisches Erbrechen mit Azetonämie. (Ebenda 80 [3. Folge 30. Bd.]. S. 1.) Studie über die Ursache des periodischen Erbrechens und seiner Beziehungen zum Stoffwechsel. Verf. vermochte bei einem 6jährigen Mädchen mit periodischem Erbrechen den typischen Brechanfall mit allen seinen Komponenten auszulösen durch Beschränkung der Kohlehydrate in der Nahrung, und umgekehrt ihn zum Verschwinden zu bringen durch Darreichung von Kohlehydraten. Da im Anfall ein Sinken des Blutzuckers (etwa auf die Hälfte der Norm) eintritt, wird an Beziehung der Störung zur Nebennierenfunktion gedacht. Therapeutischer Vorschlag, beim periodischen Erbrechen Kohlehydrate zu geben in Form von Traubenzuckerklysmen oder Infusion isotonischer Traubenzuckerlösung.

Husler (München).

Georg Benestad (Kristiania), Wo liegt die Ursache zur „physiologischen" Gewichtsabnahme neugeborener Kinder? (Ebenda 80 [3. Folge 30. Bd.]. S. 21.) Die physiologische Gewichtsabnahme Neugeborener beruht auf einer Stoffwechselinsuffizienz (insbesondere des Wasserstoffwechsels), bei der mangelhafte Magen-Darmfunktion die größte Rolle spielt. Die Gewichtsabnahme ist durch nichts zu verhindern. Sie ist abhängig namentlich vom Entwicklungsgrad des Kindes, vom Anfangsgewicht desselben und von der Milchmenge der Mutter. Künstliche Ernährung steigert und verlängert die Abnahme, während Brustnahrung in erwünschter Weise sie vermindert und verkürzt. Husler (München).

E. Müller und **E. Schloss,** Die Versuche zur Anpassung der Kuhmilch an die Frauenmilch zu Zwecken der Säuglingsernährung. (Ebenda 80 [3. Folge 30. Bd.]. S. 42.) Historisch-kritische Studie zur Arbeit von H. Bahrdt (Zschr. f. Kindhlk. 1914) und zur Friedenthalschen Ernährungslehre. Husler (München).

Vulpius (Heidelberg), Über die operative Behandlung der tuberkulösen Wirbelsäulenentzündung. (Kind. A. 1914 Nr. 8.) Verf. empfiehlt warm die Albeesche Operation. Sie wird in folgender Weise vollzogen:

Ein leicht bogenförmiger Schnitt umzieht die Dornfortsätze der erkrankten und der benachbarten Wirbel. Die Dornfortsätze werden dann in der Mitte gespalten und auseinandergebogen, so daß ein längsziehender Kanal entsteht, dessen Seitenwände von Knochenwundflächen der Dornfortsätze gebildet sind. In die so gebildete Bresche wird nun ein Knochenspan eingelegt, welcher dem Schienbein entnommen wird. Eine Reihe von Nähten befestigen das Implantat in seiner Lage, und zwar macht Verf. zu dem Zweck Etagennähte, welche mit Hilfe der längsgespaltenen Rückenfaszie zustande kommen. Nach völligem Wundverschluß wird der Patient entweder in ein vorher hergestelltes Gipsbett gelagert oder mit einem starren Verband versehen, der die Wirbelsäule lordosiert. Verf.s Erfahrungen mit der Methode beziehen sich bald auf ein halbes Hundert Kranker der verschiedensten Lebensalter. Der Heilverlauf war stets ein völlig reaktionsloser. Nach einigen Wochen ist am Schienbein keine Spur des Knochendefektes mehr wahrzunehmen. Das Implantat hat an der Wirbelsäule schon ziemlich sicheren Halt bekommen. Eine Ausstoßung des Knochenstückes hat Verf. niemals erlebt; wohl aber hat er nachträglich zweimal an den Enden desselben vorspringende Spitzen abkneifen müssen, die Folge eines technischen Fehlers, weil er den Span zu breit gewählt hatte für den Dornfortsatzkanal.

Was den Erfolg der Operation betrifft, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß eine Fixierung und Ankylosierung des betreffenden Wirbelsäulenabschnittes zustande kommt, und zwar in sehr kurzer Zeit. Beweisend dafür ist das rasche Verschwinden der spondylitischen Schmerzen, welches von Erwachsenen regelmäßig bestätigt wurde. Auch Kinder, die bis dahin ängstlich still gelegen hatten, beginnen nach wenigen Wochen, sich frei zu bewegen, ja sie werden geradezu übermütig, so daß man Mühe hat, das Stilliegen im Gipsbett zu erzwingen.

Verf. hat aber auch weiter festgestellt, daß außer diesem symptomatischen Erfolg ein heilender Einfluß der Operation unverkennbar ist. Zum Teil lange Zeit bestehende Fisteln begannen weniger Eiter abzusondern und haben sich des öfteren auffällig rasch geschlossen. In einem Falle war der Erfolg geradezu erstaunlich. Grätzer.

Gaugele (Zwickau), Über Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (D. m. W. 1914 Nr. 14.) Verf. versuchte, ebenso wie man sonst in der Orthopädie den Gipsverband nach kurzer Zeit durch Bandagen ersetzt, eine Bandagierung zu finden, die jederzeit gestattet, dem Kopf und dem Bein die Stellung zu geben, die durch den jeweiligen Zustand unbedingt erforderlich ist. Notwendig war, daß eine solche Bandage genau den Zweck des Gipsverbandes auch erfüllt, notwendig ferner, daß diese Bandage den Eltern in die Hand gegeben werden konnte, ohne daß eine Gefahr für die eingerenkten Hüften bestand.

Zu seiner Genugtuung kann Verf. heute sagen, daß ihm dieser Versuch gelungen ist. Es ist ihm in den $2^1/_2$ Jahren, seit er dieses Verfahren übt, kein Kopf mehr aus der Hüftpfanne herausgegangen; nicht nur das, er hat in allen jenen Fällen, bei denen genügend lange

Zeit seit der Einrenkung verstrichen ist, ein sowohl anatomisch als funktionell normales und ideales Resultat erreicht.

Die vom Verf. benutzte Luxationsbandage besteht aus dem sogenannten Beckenkorb, der sich aus zwei seitlichen Hüftteilen zusammensetzt, welche hinten durch Flügelschrauben, vorn durch einen Riemen zusammengehalten werden; außerdem sind zwei Sitzbügel angebracht, die von hinten her den Sitzknorren umfassen und vorn an Schraubenköpfen festgemacht werden.

An diesen Beckenkorb ist für das verrenkte Bein eine Seitenschiene angebracht, die aus zwei einfachen seitlichen, durch gepolsterte Bänder miteinander verbundenen Schienen besteht und durch ein Scharniergelenk mit dem Beckenkorb verbunden ist. Flexion bzw. Streckung erreicht man bequem durch einen gekreuzten Riemen. der, vom seitlichen Beckenkorbteil ausgehend, zum distalen Ende der Schiene verläuft. Die allmähliche Verringerung der Abduktion erreichte Verf. bisher von ganz allein dadurch, daß die Kinder gewachsen und dadurch am Becken breiter geworden sind. Das Weiterstellen des Beckenkorbes geschieht nämlich dadurch, daß man die die beiden Seitenteile hinten verbindenden Stäbe verlängert, was leicht durch Fixierung der Schrauben in einem anderen Loche bewerkstelligt wird; dadurch wird das seitliche Beckenteil und mit ihm die Bandagierung des Beines nach vorn gebracht und die Abduktion verringert. Im allgemeinen genügte diese allmähliche Verringerung vollkommen. In einigen Fällen zeigte es sich aber doch als wünschenswert, eine genauere Einstellmöglichkeit auch für die Ab- und Adduktion zu geben. Aus diesem Grunde konstruiert Verf.s Werkmeister einen neuen Beckenkorb, der nicht nur eine Veränderung der Flexion, sondern auch der Abduktion in jeder Weise gestattet.

Mit dieser Bandage können nun die Kinder, vor allem die einseitigen, rasch gehen; bei den doppelseitigen fällt das natürlich viel schwerer. Sie brauchen immerhin 2—3 Monate und darüber, bis sie ganz allein, ohne sich anzuhalten, laufen können.

Nach Abnahme des Gipsverbandes wird das Resultat zunächst alle 10 Wochen, später alle Vierteljahr durch Röntgenbild revidiert. Ergibt sich nun, daß ein Kopf nicht mehr ganz konzentrisch steht, so kann man sehr leicht durch starke Flexion bzw. starke Abduktion die konzentrische Einstellung erzwingen.

Unter 52 auf diese Weise behandelten Kindern haben sich im Januar dieses Jahres sämtliche abgeschlossenen Fälle wieder vorgestellt, im ganzen 28. Ein Kind starb an Lungenentzündung. Nach dem Röntgenbild war der Kopfstand tadellos. Von den 28 abgeschlossenen Fällen laufen alle normal. Einige werden bei anstrengenden Märschen noch müde. Das Trendelenburgsche Phänomen ist bei allen Kindern, soweit es sich wegen der Kleinheit der Kinder prüfen ließ, negativ. Die übrigen Kinder befinden sich noch in Behandlung. Der Gang ist deswegen noch nicht normal, weil die Beinchen noch in Flexion und leichter Abduktion fixiert sind. Sämtliche Köpfe stehen nach dem Röntgenbilde in der Pfanne.

Verf. betont ausdrücklich, daß auch solche Fälle, bei denen eine primäre Stabilität nicht bestand, und ferner solche Fälle, bei denen eine glatte Reposition zunächst nicht erfolgte, sondern sich Kapsel zwischen Kopf und Pfanne einschob, glatt ausgeheilt sind.

Der Wert liegt aber nicht in der langen Fixation, sondern darin, daß man bei der Herstellung der Normalstellung des Beines alle schädlichen Einflüsse von auswärts abhalten, daß man leichter die Stellung kontrollieren und dem Bein jederzeit die jeweilig notwendige Einstellung des Kopfes in die Hüfte aufzwingen kann. Grätzer.

C. Sakaki, Über die Behandlung des Scheintodes bei Neugeborenen. (Aus der Frauenklinik des Hospitals von Sakaki in Tokio.) (Ebenda.) Verf. empfiehlt folgende Methode, deren er sich schon seit langem mit eklatantem Erfolge bedient, ohne je einem unangenehmen Zufall begegnet zu sein.

Nachdem all die im Mund und Rachen befindlichen fremden Massen gründlich entfernt worden sind, wird das Kind mit beiden Händen derart an den Schultern gefaßt, daß der Zeigefinger jederzeit von der Rückenseite her in der Achselhöhle den Oberarm hält, die beiden Daumen an der Vorderfläche des Halses miteinander zusammenstoßen und den schlaff herabsinkenden Kopf des Kindes am Kinn stützen, um eine übermäßige Beugung des Halses zu vermeiden. Die anderen drei Finger werden schräg längs der Rückenwand des Thorax angelegt. Der Geburtshelfer beugt den Oberkörper etwas vor und hält das schlaff herabhängende, eventuell nicht abgenabelte Kind in der beschriebenen Weise vor sich hin. Während die Arme des Neugeborenen in den Ellbogen gebeugt, die Oberarme fest an den Rumpf gelegt sind, schüttelt man durch Bewegung der Handgelenke das Kind mäßig auf und ab und möglichst schnell (120—150mal pro Minute), aber nicht rigoros. Nach ein paar Sekunden tüchtigen Schüttelns hört man bereits ein lautes Geräusch, das durch die ein- und austretende Luft in den Luftwegen hervorgerufen wird. Hierauf läßt man das Kind an den Beinen suspendieren, schüttelt es leicht auf und ab, wodurch der aus Mund und Nase herausfließende Schleim entfernt wird; nach einigen Sekunden beobachtet man, ob das Kind selbständig atmen kann. Wenn dies noch nicht der Fall ist, wird das oben erwähnte Verfahren nochmals ausgeführt und so oft wiederholt, bis das Kind selbständig atmen kann. Es dauert gewöhnlich im ganzen einige Minuten, das Kind wieder ins Leben zu bringen. Man könnte aber behaupten, daß man durch diese Schüttelmethode eine Fremdkörperpneumonie beim Kinde hervorrufen kann, weshalb das Verfahren sehr gefährlich und nicht anwendbar sei. Es steht jedoch außer Frage, daß man durch diese Methode das scheintote Kind wieder ins Leben zurückbringen kann, und wenn dann das Kind später an einer Fremdkörperpneumonie erkranken sollte, diese besser durch eine passende Kur zu bekämpfen ist, als daß man durch andere, alte Methoden die verstopfende Schleimmasse der Luftwege nicht behebt und das scheintote Kind ohne weiteres sterben läßt.

Die Methode hat folgende Vorteile:

1. Das Verfahren ist sehr einfach und kann ohne besondere Übung ausgeführt werden.

2. Wo es nötig erscheint, kann das Verfahren vor dem Abnabeln ausgeführt werden.

3. Bei der Methode ist die Atemfrequenz sehr groß; damit kann man weit größere Druckunterschiede anwenden, die nur in der Momentanperiode des Atmungsaktes stattfinden können, um eine möglichst große Luftmenge durch die mit Schleim verengte Luftröhre in die Lunge einzuführen.

4. Die Lufteinführung in die mit Schleim verstopften Luftwege

ist nur durch diese Methode möglich, und in die verengten ist sie durch diese besonders zweckmäßig zu bewerkstelligen. Grätzer.

A. Czerny, Die paravertebrale hypostatische Pneumonie. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Berlin.) (Ebenda.) Diese Pneumonie findet sich besonders bei durch Ernährungsstörungen schwer geschädigten Kindern. Sie entwickelt sich sekundär in die Peripherie primärer hypostatischer Blutungen in das Lungengewebe, und man muß annehmen, daß letztere die Vorbedingung für das Zustandekommen dieser Pneumonie sind. Eine große Rolle spielt das Volumen pulmonum auctum, das erste Symptom, das uns klinisch auf den Beginn der hypostatischen Blutungen hinweist. Das Lungenvolumen vergrößert sich durch Steigerung des Blutgehaltes, gleich wie ein erektiles Organ.

Verf. konnte im Laufe der Jahre eine Abnahme der Häufigkeit der paravertebral lokalisierten Pneumonien der Kinder der ersten Lebensjahre konstatieren. Diese Abnahme geht parallel mit den Fortschritten der Ernährungstechnik. Der Zusammenhang aber zwischen den Pneumonien und den Ernährungsstörungen erblickt Verf. in der Alteration der Zwerchfellfunktion. Sinkt der intraabdominale Druck, so wird das Zwerchfell entspannt. Das Zwerchfell bedarf aber zu seiner normalen Funktion für Atmung und Kreislauf einer Stütze, und diese gibt der abdominale Druck ab. Volumen pulmonum auctum und hypostatische Blutungen treten ein, wenn der abdominale Druck bei Ernährungsstörungen stark absinkt. Nun haben wir das Absinken des intraabdominalen Druckes bei akuten Ernährungsstörungen einzuschränken gelernt. „Es läßt sich nicht leugnen, daß es eine Zeit gab, in der die Pädiater bei akuten Ernährungsstörungen die Leerstellung des Darmes über das zweckmäßige Maß hinaus angewendet haben. Die Bewegung, die sich gegen die durch solche therapeutischen Maßnahmen bedingte Inanition geltend machte, hat wesentlich dazu beigetragen, prophylaktisch dem Zustandekommen der paravertebral lokalisierten hypostatischen Pneumonie entgegenzuarbeiten. Wir haben zurzeit, weil wir Kinder mit akuten Ernährungsstörungen nicht mehr lange hungern lassen, sondern sie mit einer für dieses Krankheitsstadium passenden Nahrung versorgen, nicht nur bessere Ernährungserfolge, sondern vor allem auch eine Abnahme der Komplikationen von seiten der Lunge zu verzeichnen."

Wenn wir uns auf den von mir erwähnten Standpunkt stellen, daß die Funktionsstörung des Zwerchfelles eine der ersten Ursachen für das Zustandekommen der hypostatischen Pneumonie bildet, so wird es uns auch verständlich, daß wir bereits in einem Stadium, in dem sich durch Perkussion und Auskultation keine Blutungen und noch weniger eine sekundär hinzutretende infektiöse Pneumonie nachweisen läßt, bereits inspiratorische Einziehungen an der Rippenbogengrenze beobachten können. Bei der Würdigung der Rolle des Zwerchfelles in der Pathogenese des besprochenen Krankheitsprozesses dürfen wir jedoch nicht annehmen, daß die mechanische Störung der Zwerchfellfunktion das primäre Moment bildet. Sie ist vielmehr

selbst bereits eine Folge der durch die pathologischen Vorgänge im Magendarmtraktus ausgelösten Vagusreizung. Grätzer.

Fritz Lesser und **Paul Carsten,** Über familiäre Syphilis, zugleich ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa. (Aus dem Serologischen Laboratorium der vorm. Lassarschen Klinik und Prof. Carstens Kinderaugenheilanstalt in Berlin.) (Ebenda Nr. 15.) Die Keratitis parenchymatosa ist wohl ausschließlich syphilitischer Natur; Tuberkulose begünstigt nicht einmal die Entstehung einer Keratitis parenchymatosa bei hereditär-syphilitischen Kindern. Antisyphilitische Kuren wirken unsicher, das Ergriffenwerden des anderen Auges wird fast nie verhütet.

Die klinisch gesunden Mütter syphilitischer Neugeborener geben fast stets positive Wa.R.; die Immunität dieser sog. Collesschen Mütter ist durch ihre latente Syphilis zu erklären. Ob die Mütter direkt vom Vater infiziert werden oder von der a patre syphilitischen Frucht (= spermatische Infektion der Frucht), ist zurzeit unentschieden. Es werden doppelt so viel syphilitische Kinder geboren, als sich in den ersten Lebensjahren klinisch als syphilitisch offenbaren. Die in 50% latente Syphilis der Neugeborenen verdient Berücksichtigung bei der Ammenfrage. Nicht die Intensität der kindlichen Lues, sondern die Häufigkeit der Übertragung nimmt ab proportional der Reihenfolge der Geburten (d. h. proportional dem Alter der mütterlichen Syphilis). Mütter mit positiver Wa.R. gebären häufig noch 6 bis 12 Jahre nach der Infektion syphilitische Kinder, weshalb Patientinnen mit positiver Wa.R. im Hinblick auf die Nachkommenschaft der Ehekonsens zu versagen ist. Die positive Wa.R. der Väter scheint weniger verhängnisvoll für die Nachkommenschaft zu sein.

Grätzer.

Richard Hamburger, Zur Vakzinebehandlung der kindlichen Gonorrhoe. (Aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinder-Krankenhaus.) (Ebenda.) Auf die Injektionen der Gonokokkenvakzine reagierten die Kinder in als spezifisch anzusehender Art, die sich in den Leukozytenwerten, den Herdreaktionen, mitunter vermehrtem Ausfluß mit verstärkter Gonokokkenausscheidung — bei den nur vakzinierten Kindern mußte wegen des massigen Ausflusses die Lokalbehandlung zu Hilfe genommen werden — und in einer Annäherung an einen Fiebertyp (Zacke am Abend und Nachzacke am nächsten Tage) äußerte, der mehrfach als charakteristisch beschrieben wurde. Nach anfänglich anscheinend schnellerem Verschwinden der Gonokokken aus den Sekreten mußte man sich durch vielfache Untersuchungen überzeugen, daß die Scheiden- und Urethralgonorrhoe im wesentlichen unbeeinflußt blieb und die Erreger in wechselnden Mengen nachweisbar waren. Alleinige Vakzinebehandlung der Vulvovaginitis der Kinder ist absolut unzureichend zu einem Erfolge, die Unterstützung bei Lokalbehandlung unwesentlich. Selbst wenn man die Gefahren bei der intravenösen Injektion der Gonokokkenvakzine vermeidet, also nicht schadet, so ist das Problem der definitiven Heilung — darunter verstehen wir das dauernde Verschwinden der Gonokokken — durch Vakzinierung bei Vulvovaginitis gonorrhoica der Kinder nicht zu erreichen. Grätzer.

F. Prinzing, Ist Normalmenschenserum bei der Behandlung von Scharlach durch Normalpferdeserum ersetzbar? (Aus der II. Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Charlottenburg-Westend.) (M. Kl. 1914 Nr. 22.) Die Versuche haben gelehrt, daß dies nicht der Fall ist. Es müssen ganz spezifische Differenzen zwischen humanem und Pferdeserum bestehen, um den therapeutischen Defekt auf seiten des letzteren zu erklären.

Grätzer.

Georges L. Dreyfus und **Johannes Schürer,** Beitrag zur Frage der Pathogenese und Therapie der postdiphtherischen Polyneuritis. (Aus der Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses und dem Hygienischen Institut zu Frankfurt a. M.) (Ebenda Nr. 23.) Bei einem zu Anginen neigenden Patienten kam es nach offenbar leichter Diphtherie zu einer $^1/_4$ Jahr währenden, in Schüben und deutlich progredient verlaufenden leichten Polyneuritis, die sich vorwiegend auf sensiblem Gebiete bewegte. Klinisch machte sie nur geringe Symptome, war aber subjektiv durch die häufigen Schmerzattacken recht unangenehm. 3 Monate nach der Infektion fanden sich noch virulente Diphtheriebazillen im Rachenabstriche. Mit der Tonsillektomie ändert sich das Krankheitsbild völlig. Sämtliche subjektiven und objektiven Symptome nahmen während der Dauer der Beobachtung schnell an Intensität ab, bzw. verschwanden nach kurzer Zeit.

Es wäre gekünstelt, anzunehmen, daß die Tonsillektomie zufällig mit dem Wendepunkte der Erkrankung zusammenfiel. Verff. glauben vielmehr, die Heilung dadurch ermöglicht zu haben, daß durch die Tonsillektomie und durch die Seruminjektion eine weitere Intoxikation verhütet wurde.

Vielleicht regt diese Beobachtung dazu an, bei postdiphtherischen Lähmungen mehr als bisher auf den Zustand der Tonsillen zu achten und wiederholt Rachenabstriche zu machen, um sich davon zu überzeugen, ob noch Diphtheriebazillen vorhanden sind oder nicht. Aber auch bei dauernd negativem Bazillenbefunde sollte man, wenn mit den üblichen therapeutischen Prozeduren nicht schnell eine wesentliche Besserung und Heilung der postdiphtherischen Lähmung erreicht wird, die Tonsillektomie in den Kreis der therapeutischen Erwägungen ziehen. Selbstverständlich wird man diese erst längere Zeit nach Ablauf des akuten Stadiums vornehmen.

Die Auffassung, daß der Organismus von den in den Tonsillen oder an einer anderen Stelle des Körpers befindlichen Diphtheriebazillen noch lange Zeit nach Ablauf der akuten Erscheinungen Gift resorbieren kann, bietet eine theoretische Erklärungsmöglichkeit für die Erfolge der Serumbehandlung bei der postdiphtherischen Polyneuritis.

Grätzer.

Riedel (Jena), Über die Tonsillektomie bei Kindern. (M. m. W. 1913 Nr. 41.) Verf. ließ sich ganz kolossale schwere Pinzetten und ebenso lange Knopfmesser[1]) machen; mit ihnen glückten die Operationen.

[1]) Füllenbach & Schultes in Jena liefern sie.



Die Pinzetten müssen 22 cm lang, oben 13, unten 5 mm breit, die Branchen so stark sein, daß sie sich nur wenig eindrücken lassen. Sind sie zu schwach, so legen sie sich in der Mitte ihrer Länge zusammen, wenn man kräftig drückt; die distalen Enden der Pinzette federn dann auseinander; man faßt selbst mit einer dreizähnigen Pinzette nicht sicher. Nur mit einem außerordentlich derben, schweren, geraden Instrument läßt sich eine Tonsille, besonders eine erweichte, richtig fassen. Das klingt etwas verwunderlich, ist aber doch wahr; man arbeitet eben in großer Tiefe, hat ein langes Instrument in der linken Hand nötig, um Platz für die rechte mit dem Messer zu behalten. Dieses lange Instrument muß deshalb sehr stark und mit drei derben Zähnen versehen sein.

Besonders bei kleiner, fest fixierter und gleichzeitig brüchiger Tonsille hat der ganze Eingriff den Charakter einer schweren Operation; Verf. exstirpiert viel lieber eine Gallenblase, eine Appendix, einen Ovarialtumor usw. als eine solche Mandel.

Verf. bezeichnet den Eingriff als einen „schwereren", und zwar deshalb, weil er Ungeübte warnen möchte, ihn auszuführen. Leicht ist die Tonsillotomie nur dann, wenn sie sich auf Abtragung einer oberflächlichen Schicht der Tonsille beschränkt; die Radikaloperation in Narkose ist schwer. Mit der Bezeichnung „leichte Operation" ist schon viel gesündigt worden.

Wer nicht über gutes Oberlicht und sichere, eingeübte Assistenz verfügt, der vermeide die Radikaloperation in Narkose, zumal unvollständige Operation schlechter ist als gar keine, weil sich der Kranke nicht leicht zu einer zweiten entschließt. Eine von Pfröpfen durchsetzte Mandel muß aber in toto bis auf einen kleinen Rest gesunden Gewebes entfernt werden.

Immer klarer wird es, daß diese putriden, von einer großen Bakterienflora umgebenen Fremdkörper Ausgangspunkt von zahlreichen lokalen und allgemeinen Infektionen werden können, von Osteomyelitis, Gelenkrheumatismus, Endo- und Myokarditis, desgleichen von kryptogener Sepsis.

Auch in sozialer Beziehung spielt das Leiden eine Rolle. Der üble Geruch aus dem Munde mancher Menschen ist gewöhnlich auf Mandelpfröpfe zurückzuführen, falls nicht gerade Rhinitis besteht. Die Laienwelt spricht „vom Geruche aus dem Magen", das ist gewöhnlich nicht zutreffend. Der Magen ist ganz gesund, und doch der Foetor ex ore. Manches Lebensglück ist schon durch das Leiden zerstört worden, weil eine Verlobung nicht zustande kam bzw. wieder aufgehoben wurde; darüber redet dann niemand, wie man auch über den fatalen Tischnachbar schweigt. Also gründlich fort mit dem kranken Organe, das niemals Nutzen, immer nur Schaden bringt!

Grätzer.

Oskar David, Akute primäre diphtherische Lungenentzündung. (Aus der Medizinischen Klinik zu Halle a. S.) (M. m. W. 1913 Nr. 42.) Ein 9jähriger Junge erkrankt mit den ausgesprochenen Zeichen einer linksseitigen Unterlappenpneumonie, die in typischer Weise kritisiert. Es schließt sich eine leichte Pleuritis derselben Seite

an. Plötzlich entwickelt sich eine aufsteigende diphtherische Bronchotracheitis und eine rechtsseitige Unterlappenpneumonie, die zum Tode führen.

Was die Pathogenese des Falles anlangt, so könnte man erwägen, ob wirklich eine primär diphtherische Pneumonie vorgelegen hat oder vielleicht 1. zu einer Pneumonie eine Diphtherie hinzugetreten ist, oder 2. sich an eine leichte Diphtherie eine Pneumonie anschloß, nach deren Ablauf die Diphtherie wieder aufflackerte.

Gegen die erstere Annahme läßt sich einwenden, daß das Kind während des Krankenhausaufenthaltes keine Gelegenheit zu einer Infektion hatte. Ferner spricht hiergegen das klinisch wie auch pathologisch-anatomisch beobachtete Hinaufkriechen des membranösen Prozesses aus den Bronchien zur Trachea hin. Daß es sich um keine gewöhnliche Pneumokokkenpneumonie handelte, folgt weiter aus dem bakteriologischen Ergebnis.

Gegen die zweite Möglichkeit spricht, daß im Beginn der Erkrankung keine auf Diphtherie deutenden Krankheitszeichen, auch kein Katarrh der oberen Luftwege und des Rachens vorhanden waren. Verf. hat möglichst genau die Umgebung des Kranken hiernach inquiriert, die Mutter konnte auf das Bestimmteste angeben, daß das Kind im Beginn nicht über Halsschmerzen geklagt hatte. Es wäre auch schwer verständlich, warum die Diphtheriebazillen, die am Schluß zu einer so schweren Erkrankung des Larynx führten, am Anfang nur eine leichte Erkrankung ausgelöst haben sollten. Auch in der häuslichen Umgebung des Kranken ist seit Monaten kein Fall von Diphtherie vorgekommen. Andererseits hat das Kind selbst in den letzten Tagen seines Lebens zu schweren Ansteckungen geführt. Eine Wärterin erkrankte an einer sehr schweren Halsdiphtherie mit Herzkomplikationen, und noch bei zwei anderen in die Umgebung des Kindes gekommenen Kranken entstanden Halsentzündungen mit positivem Diphtheriebazillenbefund.

Es bleibt somit nur die Annahme übrig, daß auf irgend einem nicht mehr feststellbaren Wege Diphtheriebazillen in die linke Lunge gelangt sind und hier zu einer primären pneumonischen Erkrankung geführt haben. Durch Expektoration hat das Kind weiterhin seine eigene Trachea infiziert und ebenso die linke Lunge.

Dieser Fall erinnert an die vor kurzem von Ad. Schmidt veröffentlichte Beobachtung einer chronisch diphtherischen Pneumonie. Die betreffende Kranke litt seit Jahren an einer interstitiellen Lungenentzündung und hustete mit dem Sputum fast nur Reinkulturen von Löfflerschen Bazillen aus, die sich kulturell als Diphtheriebazillen erwiesen.

Die früheren Angaben über diphtherische Lungenerkrankungen beziehen sich nur auf sekundäre broncho-pneumonische Prozesse, wie man sie häufig als Komplikation bei Rachen- und Kehlkopfdiphtherien beobachtet, und die wahrscheinlich zum großen Teil durch Verschleppen aus den oberen Luftwegen entstehen. Man kann nämlich als sicher annehmen, daß bei diesen Bronchopneumonien dem Löfflerschen Bazillus die Hauptrolle zukommt. Das erhellt schon aus der großen Gesetzmäßigkeit, mit der man in diesen pneumonischen Lungenteilen

Diphtheriebazillen gefunden hat. Bereits durch ältere Arbeiten wurde dies festgestellt. Neuerdings hat Rey an einem großen Sektionsmaterial diese Tatsache bestätigt und die bemerkenswerte Feststellung hinzugefügt, daß sich bei Diphtheriesektionen auch in sonst anatomisch gesunden Lungen Diphtheriebazillen finden. Während es bei diesem bekannten Deszensus der diphtherischen Infektion stets zu einer Bronchopneumonie kommt, führte die primäre Invasion in diesem Falle zu einer kruppösen Pneumonie.

Auf die diphtherische Natur der Pneumonie wurde Verf. im vorliegenden Falle durch die hinzutretende Luftröhrenerkrankung hingewiesen. Es ist natürlich auch möglich, daß es in ähnlichen Fällen zu keiner Kehlkopferkrankung kommt und die Erkrankung als gewöhnliche Pneumokokken- oder Pneumobazillenpneumonie aufgefaßt wird. Das ist epidemiologisch äußerst wichtig. Wir müssen bedenken, daß solche Kranke als Bazillenträger zur Verschleppung der Krankheit führen können. In dem Schmidtschen Falle hatte die Erkrankte, obwohl sie dauernd Bazillen aushustete, zu keiner Diphtherieepidemie Anlaß gegeben, weil die gefundenen Bazillen, wie sich im Tierversuch nachweisen ließ, avirulent waren. In Verf.s Fall aber handelte es sich um äußerst virulente Bazillen, wie die beobachteten Ansteckungsfälle zeigen. Grätzer.

H. Lengnick, Beitrag zur Operation des Mastdarmvorfalls bei Kindern. (Aus der Städtischen Heilanstalt zu Tilsit.) (Ebenda Nr. 43.)

Knabe Hellmuth S. aus Tilsit wurde am 2. April 1913 in die Städtische Heilanstalt aufgenommen. Die Anamnese ergibt, daß das Kind seit seinem ersten Lebensjahre daran leidet, daß beim Stuhlgang jedesmal ein Stück Mastdarm sich vorstülpe. Von den Eltern bzw. der Umgebung wäre dann immer wieder das herausgetretene Stück mühsam zurückgedrängt worden. Allmählich wäre der Vorfall größer geworden und belästige das Kind sehr stark. Da jetzt der Knabe zur Schule müßte und dadurch das Leiden nicht sofort von der Umgebung repariert werden könnte, so hätten sich die Eltern dazu entschlossen, den Knaben deshalb operieren zu lassen. Die Beobachtung in der Klinik ergibt, daß bei dem sehr kräftig entwickelten Kinde, das im übrigen völlig normalen Befund bietet, bei jedesmaliger Stuhlentleerung Mastdarm vorfällt, der spontan nicht zurückgeht. Nach der üblichen Vorbereitung mit reichlicher Abführung und Säuberung der Operationsgebiete wird nach 3 Tagen in Narkose der Vorfall durch einen Stieltupfer entwickelt. Seine Länge beträgt ca. 8 cm. Zuerst wird die Schleimhaut mit 4 Klemmen radiär gefaßt und in radiärer Richtung in ganzer Länge leicht verschorft, jedenfalls so wenig, daß nur die Schleimhaut betroffen wird. Dann wird aus der Fascia lata des rechten Oberschenkels ein etwa 0,5 cm breiter, 10 cm langer Faszienstreifen entnommen, in eine stark gekrümmte, nicht zu kleine zweischneidige Nadel mit federndem Öhr eingefädelt, was sehr leicht gelingt, und dann genau nach der von Thiersch angegebenen Methode in die Aftergegend implantiert. An der Einstichstelle wird der Streifen geknotet und zur Sicherheit der Knoten mit Durchnähung eines dünnen Katgutfadens gefestigt. Die Haut wird mit Katgutfaden geschlossen, die Wunde am rechten Oberschenkel in üblicher Weise versorgt.

Das Kind blieb unter leichter Opiumtherapie 6 Tage ohne Stuhl. Nach Darreichung von Manna und kleinem Ölklistier trat am 7. Tage nach der Operation der erste Stuhlgang ein. Das Kind hatte dabei keine Beschwerden. Der Vorfall zeigte sich nicht mehr. Da die Wunde am Oberschenkel nicht reaktionslos heilte, behielt Verf. das Kind noch 3 Wochen in der Klinik. Der Stuhlgang war bei dem sehr stark essenden Kinde jedesmal leicht, auch ohne Nachhilfe. An den Ein-

und Ausstichstellen haben sich kleine Proliferationen gebildet, die allmählich kleiner werden. Der Sphinkterschluß ist auch für Flatus vollständig.

Da das Kind herumläuft und alles ißt, auch nicht besonders aufgewartet wird, steht zu erwarten, daß das Resultat, das jetzt ein gutes ist, auch ein gutes bleiben wird.

Die Faszie ist reaktionslos eingeheilt. Der Verschluß des Afters kommt dem normalen Verhalten gleich. Das Operationsverfahren und die Technik sind derart einfach für den Operateur und verhältnismäßig ungefährlich für den Patienten, daß es sich wohl empfiehlt, mit dieser kleinen Modifikation einen Versuch zu machen, bevor man eines von den viel komplizierteren Verfahren einschlägt. Es hat auch den Vorzug, daß nach eventuellem Mißerfolg jede andere Methode angewandt werden kann. Grätzer.

W. Schultz und **L. R. Grote,** Untersuchungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren bei Scharlach. (Aus der II. Inneren Abteilung und dem bakteriologischen Institut des Krankenhauses Charlottenburg-Westend.) (Ebenda Nr. 45.) Bei Scharlachkranken waren zwischen dem 5. und 32. Krankheitstage Abwehrfermente gegen Lymphdrüse mittels der Abderhaldenschen Methodik nachweisbar. Diese Fermente sind spezifisch gegen Lymphdrüse als solche, nicht etwa allein gegen Lymphdrüse, die durch das Scharlachvirus verändert ist. Grätzer.

Richard Hagemann, Eine zweckmäßige Modifikation des Heftpflasterverbandes bei Hasenschartenoperationen. (Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Marburg a. L.) (Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 21.) Es handelt sich um einen Verband nach Art des Schmetterling- oder Bartbindenverbandes, d. h. der dazu verwandte Heftpflasterstreifen — Leukoplast — wird bartbindenartig der Größe des Gesichts entsprechend zugeschnitten. Das Wesentliche liegt nun in der Art der Anlegung dieses Streifens. Derselbe wird nicht über die Oberlippe bzw. Nahtlinie geführt, sondern unterhalb der Oberlippe über die Mundöffnung. Während des Anlegens, was unmittelbar nach der Operation geschieht, läßt man sich die Wangen zusammendrücken und legt die auf die Wangen zu liegen kommenden Abschnitte des Pflasters in einer leicht von oben außen nach dem Mundwinkel zu gehenden Richtung an, so daß kein rein seitlicher, sondern ein der Richtung des Pflasters entsprechender Zug zustande kommt. Auf diese Weise erreicht man, ohne die Nahtlinie irgendwie zu drücken, eine vollkommene Entspannung derselben und eine fast absolute Ruhigstellung der Oberlippe. Die Kinder können schreien, soviel sie wollen, die Oberlippe bewegt sich kaum.

Unmittelbar nach Anlegung des Verbandes erscheint die Mundöffnung oft so stark verengt, daß die Ernährung Schwierigkeiten zu machen scheint. Man soll dann aber zunächst warten; denn meist gibt das Plaster zuerst doch etwas nach; ist das nicht der Fall, dann muß es von neuem unter etwas geringerer Spannung angelegt werden, so daß zwischen ihm und der Oberlippe ein Spalt entsteht, durch welchen die Einführung der Nahrung — vom 2. Tage an Milch — stattfindet. Der Verband kann so meist 2—3 Tage liegen, muß aber, sobald er sich lockert oder zu stark beschmutzt ist, gewechselt werden.

Bei dem Verbandwechsel ist unbedingt darauf zu achten, daß keinen Augenblick Zerrung an der Nahtlinie eintritt; es müssen also die Wangen ununterbrochen zusammengedrückt und die Pflasterenden nach dem Munde zu abgezogen werden, nicht in umgekehrter Richtung. Während dieses Verbandwechsels empfiehlt es sich auch, den Mund gut auszuwischen, damit sich nicht etwa Soor oder anderweitige Entzündung einstellen.

Die Naht selbst läßt man unbedeckt und berührt sie am besten zunächst gar nicht. Erst am 4. oder 5. Tage versucht man, durch Aufstreichen von Borsalbe die Borken zu lösen, um dann am 9. Tage etwa die Fäden zu entfernen und am 10. oder 11. Tage auch das Pflaster ganz wegzulassen.

Seit Anwendung dieser Methode ist Verf. noch keine Hasenscharte wieder aufgegangen, obgleich er die Kinder schreien ließ, da er auf die Extrawachen, die lediglich zur Beruhigung der Kinder dienen, verzichtete. Man muß dann natürlich den Kindern die Arme am Rumpfe festbinden, damit sie nicht mit den Fingern an die Wunde kommen. Grätzer.

F. Ahlfeld (Marburg), Heilung von Nabelschnurbrüchen auf konservativem Wege. (Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 30.) Gründliche Reinigung des Bruchsackes und der umgebenden Haut, Zurückdrängen des Inhalts in leichter Narkose, Bedeckung mit in Alkohol getränkter Watte und Einwicklung des ganzen Unterleibes mit einer eng anschließenden Binde, die verhindern muß, daß auch beim Schreien die Bauchdecken auseinander gedrängt werden können, nur alle paar Tage abgenommen und wieder angelegt werden soll, bis die Bauchränder sich vereinigt haben. Man sollte doch die Hebammen darauf aufmerksam machen, da für einen solchen Fall der Arzt schnell gerufen werden muß. Hält die Hebamme Weingeist, sterile Watte und breite, saubere Nabelbinde zurecht, so kann der Arzt, nachdem das Kind einige Tropfen Chloroform geatmet hat, sogleich an die Behandlung herangehen. Je schneller nach der Geburt, desto besser.

Doch soll damit keineswegs gesagt sein, daß die operative Vereinigung durchweg umgangen werden könne. Die Fälle sind zu individualisieren. Bei zerrissener Hülle und bei Verwachsung innerer Organe mit dem Bruchsacke bleibt der operative Weg der einzig einzuschlagende. Bei sehr großen Nabelschnurbrüchen hingegen und in den Fällen, wo es an geeigneter chirurgischer Hilfe fehlt, und wo die Überwachung des Kindes nicht sachverständigem Pflegepersonal übergeben werden kann, da versuche man es getrost mit der Methode. Jedenfalls bietet sie, wenn sie nicht allein zum Ziele führt, eine passende Vorbereitung für einen späteren operativen Eingriff. Grätzer.

E. Nobel, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Tumoren des vierten Ventrikels. (Aus der k. k. Universitätskinderklinik und dem Neurologischen Institut in Wien.) (Virchows Archiv 213, 2/3. S. 457.) Scheinbar plötzlich, im Anschluß an ein Trauma, entwickelt sich bei einem $8^1/_2$ Jahre alten Knaben eine schwere Somnolenz unter relativ geringen Kopfschmerzen, initialem Erbrechen, einer anfangs als Neuritis imponierenden Stauungspapille. Der äußere

Eindruck des Krankheitsbildes war der einer Meningitis, trotzdem Nackenstarre und Kernig fehlten. Wohl hauptsächlich infolge konstanter Somnolenz fehlten Symptome seitens der hinteren Schädelgrube mit Ausnahme der Bradykardie. 35 Tage nach erlittenem Trauma erfolgte plötzlich Exitus. Trotz der mangelnden charakteristischen Symptome wurde hauptsächlich mit Rücksicht auf den positiven Befund von Tuberkulose bei dem Kinde, trotz des negativen Liquorbefundes, die Diagnose einer Meningitis tuberculosa gemacht, wobei hauptsächlich der Gedanke vorschwebte, es könnte sich infolge dieser ein mächtiger Hydrozephalus entwickelt haben. Der Obduktionsbefund widersprach der Annahme, ohne jedoch die Erscheinungen aufzuklären. Vielleicht ist der Umstand hervorzuheben, daß der Tumor im vierten Ventrikel nahezu allseitig frei war, aber die Meningen des Kleinhirns infiltrierte. Ob dies genügt, um den meningealen Eindruck zu erwecken, bleibt dahingestellt. Jedenfalls hat der Tumor nur durch den begleitenden Hydrozephalus Erscheinungen gemacht.

K. Boas (Straßburg i. Els.).

P. Mollenhauer, Die Endausgänge der Coxa vara rachitica und adolescentium auf Grund von Nachuntersuchungen. (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Leipzig.) (Inaug.-Dissert. Leipzig 1913.) Verf. fand bei 10 Patienten fast völlige subjektive Beschwerdefreiheit, d. h. die Patienten waren ganz schmerzfrei geblieben und konnten zur Zufriedenheit, zum Teil mit normaler Ausdauer, gehen. 2 Patienten, und zwar die beiden ältesten von 27 bzw. 41 Jahren, hatten zeitweise Schmerzen und ermüdeten leicht auf dem kranken Beine. Sie konnten aber trotzdem beide ihren Beruf ausfüllen, so daß also bei keinem der Patienten völlige Invalidität vorlag.

Weniger günstig verhält es sich mit dem objektiven Befund. Es fand sich bei allen Patienten übereinstimmend eine deutliche Atrophie der Gesäß- und Oberschenkelmuskulatur. Die Muskulatur der Wade des kranken Beines war nur wenig reduziert oder zeigte sogar eine Zunahme des Umfanges.

Mit Ausnahme der doppelseitig erkrankten Patienten bestand bei den übrigen eine Verkürzung des kranken Beines um mehrere Zentimeter, dementsprechend stand der Trochanter major über der Roser-Nélatonschen Linie. Die Bewegungsbeschränkung im Hüftgelenk war im selben Sinne wie bei dem Aufnahmebefund auch jetzt noch nachweisbar. So fand sich besonders Beschränkung der Abduktion und Innenrotation. Hiervon machte nur ein Fall eine Ausnahme, der eigentümlicherweise eine übernormale Abduktionsmöglichkeit bot. Die Außenrotation war bei den meisten Fällen auch etwas beschränkt; während die Flexion kaum behindert war. Entsprechend der Bewegungsbeschränkung im Hüftgelenk und der Verkürzung des kranken Beines war der Gang weniger elastisch und zum Teil hinkend. Alle Patienten konnten aber ohne Hilfe eines Stockes flott gehen, zum Teil sogar mit normaler Ausdauer.

Das Röntgenbild zeigte bei allen Fällen, außer einem Falle, dieselbe Deformation oder sogar noch eine Zunahme der Verkleinerung des Neigungswinkels des Schenkelhalses, wie bei der ersten Aufnahme.

Die Knorpelfuge ist auf den Bildern älterer Patienten nicht mehr sichtbar und zeigt auch bei den jüngeren eine Neigung zu frühzeitigerer Verknöcherung, als es normal der Fall ist.

In 2 Fällen hatten sich seit der Entlassung zu der Coxa-vara-Deformität des Schenkelhalses ausgedehnte Veränderungen im Sinne der Arthritis deformans am Hüftgelenk eingestellt. Diese Patienten waren 27 bzw. 41 Jahre alt, und ihre erste Untersuchung lag 9 bzw. 12 Jahre zurück.

Ob sich diese Beobachtung verallgemeinern läßt, ob auch die übrigen Patienten in späterem Alter von einer Arthritis deformans der erkrankten Hüfte ergriffen werden, müssen spätere Untersuchungen lehren. K. Boas (Straßburg i. Els.).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Ledra Heazlit, Hair-Balls of the stomach and Intestine. (Journ. Am. med. Assoc. 1914 Nr. 2, 10. Januar.) Die Beobachtung betrifft ein 11jähriges Mädchen. Dasselbe hatte vom 5.—10. Jahre die üble Gewohnheit, die Haare in den Mund zu nehmen und sie zu essen. Im 10. Jahre begann es magenleidend zu werden, aber nicht in beunruhigender Weise. Die Klagen wurden heftiger; es kam zu Magenschmerzen, begleitet von Leibschmerzen und, am folgenden Tag, von galligem Erbrechen. Der Vater, Arzt, entdeckte bei der Untersuchung einen großen wurstförmigen Tumor, der den Raum zwischen Schwertfortsatz und Nabel einnahm und sich in querer Richtung von der Kardiagegend zum Pylorus erstreckte. Außerdem war die Appendixgegend etwas schmerzhaft. Die Natur des Tumors wurde erkannt, als bei einem Brechakt ein Büschel Haare mitherausbefördert wurde. Dabei erinnerte sich der Vater der früheren Gewohnheit. Es kam zu neuen Schmerzanfällen und Erbrechen. Temperatur und Puls blieben normal.

Bei der Operation, der ersten, wurde aus dem Magen eine 15 Unzen schwere, den Magen gänzlich ausfüllende Haargeschwulst gewonnen. Der leicht erkrankt erscheinende Wurmfortsatz wurde mitentfernt. 36 Stunden ging alles gut, die Operierte hatte zwei Stühle, davon einen spontanen, dann kam wieder Erbrechen; es wiederholte sich, das Abdomen wurde ballonartig, die Diagnose „Ileus" wurde klar: zweite Laparotomie 3 Tage nach der ersten. Dabei wurde nun ein das Ileum vollständig obstruierender Tumor durch Enterotomie entfernt, der wie der erste aus zusammengeballten Haaren bestand. Dieser zweiten Operation folgte schnelle Heilung. H. Netter (Pforzheim).

Emilio Perrero, La morte timica. A proposito di un caso di tumore del timo. (Riv. di Clin. ped. 1913 Fasc. 4, April.) Lymphosarcoma mediastini bei einem 5jährigen Knaben. Bis dahin gesund, erkrankte er an follikulärer Tonsillitis und starb am gleichen Tage unter Erstickungserscheinungen während der Tracheotomie. Der Tumor reichte vom Abgang der Karotis und Pulmonalis bis zum Zwerchfell. Er hatte die Nervi phrenici völlig umwachsen; die vorderen bronchialen und unteren kardialen Äste, Larynx und Trachea waren

arrodiert. Die Trachea war nicht erweicht. Normales Thymusgewebe und Epithelkörper wurden nicht gefunden. Verf. steht aber gleichwohl nicht an, die Thymus als die primäre Bildungsstätte der Neubildung anzusehen: 1. im Hinblick auf die Lage, 2. im Hinblick auf die Hypertrophie des ganzen lymphatischen Apparats (Milz, Leber, Drüsen), auf den Status thymico-lymphaticus. Es darf daher auch eine der Tumorbildung vorausgegangene Thymushypertrophie angenommen werden. Aus dieser kann nach Virchow ein Tumor hervorgehen. Der plötzliche Tod wird mit der Größe und Härte des komprimierenden Tumors, besonders aber mit der den Status thymico-lymphaticus charakterisierenden Widerstandslosigkeit gegen Infektionen erklärt, die wir in der follikulären Angina vor uns haben.

H. Netter (Pforzheim).

P. Stauffer, Un cas de défect partiel congénital de la colonne vertébrale et de la moëlle épinière avec fente thoraco-abdomino-pelvienne. (Revue médic. de la Suisse romande 1913 Nr. 2.) 25jährige Frau, die 2mal normal geboren hat, bringt einen kleinen, mazerierten Fötus zur Welt, welcher anfangs rumpflos zu sein scheint; er besteht aus einem auf 4 Gliedern aufgesetzten Kopfe und aus einem Paket von fast entblößten Eingeweiden. Die Schulterblätter berühren die Ossa iliaca. Es besteht demnach eine sog. Brust-Bauch-Beckenspalte. Ferner fehlen mehr als $^3/_4$ der Wirbelsäule und des entsprechenden Rückenmarks; es existieren nur 5 Halswirbel, die normal sind; auch der Wirbelkanal daselbst ist normal, unten geschlossen und ein normales Rückenmark enthaltend. In Höhe des 5. Halswirbels endigen aber Wirbelsäule und Rückenmark brüsk und wie abgeschnitten. Ein Nervus ischiadicus existiert; er ist gut entwickelt, doch kann seine Verbindung mit dem Rückenmark nicht verfolgt werden. — Wahrscheinlich hatte ein schweres Trauma in der 3. Woche der Schwangerschaft bei dem Embryo das Zellenmaterial zerstört, welches der Wirbelsäule, dem Rückenmark und den Bauchmuskelwänden ihren Ursprung gibt. In der Tat war die Mutter gerade in dieser Zeit $1^1/_2$ Meter tief gestürzt.

Kurt Mendel.

Mutel, Un cas de main bote radiale congénitale. (Rev. d'orthop. 1914 Nr. 2. S. 119—128.) Beschreibung eines Präparates von doppelseitiger Klumphand bei einem 1jährigen Mädchen. Es bestand partieller Radiusdefekt; alle Fingerstrahlen waren vorhanden, aber Daumen und Zeigefinger waren miteinander verschmolzen. Die Weichteilpräparation ergab Defekte im Bereich des Biceps, der Pronatoren, des Supinator, der Muskeln des Daumenballens und der Fingermuskeln. Die Arteria radialis war fadenförmig; auch war der Nervus radialis auffallend dünn, er wies keine Teilung in der Ellenbeuge auf. Die primäre Störung liegt aller Wahrscheinlichkeit nach im Radius selbst, der durch Amnionanomalien gelitten hat.

Peltesohn (Berlin).

J. C. Trumpy, Untersuchungen über das Blutbild der Skrofulotuberkulose, speziell rücksichtlich der Zahl und Art der weißen Blutkörperchen. (Aus dem Küsthospital an

Frederiksvern.) (Norsk Magazin for Lägevidenskaben 1914 Nr. 3.) 36 Kinder wurden untersucht (4 waren unter 5, 32 über 5 Jahre alt, von diesen 32 waren 2 zwischen 5 und 8, 7 zwischen 8 und 12 Jahren und 23 über 12 Jahre alt). Der Verf. faßte seine in Tabellen aufgestellten Resultate folgendermaßen zusammen: 1. Kinder mit abgelaufener tuberkulöser Affektion haben eine Morgenleukozytkurve, die gewöhnlich unter 7000 liegt. Eosinophile Zellen sind in normaler Zahl oder darüber vorhanden. Sie zeigen eine relative Lymphozytose. Inwiefern dieselbe von dem Alter oder der Tuberkulose verursacht wird, läßt sich von diesen Untersuchungen nicht entscheiden. 2. Kinder mit einer frischen geschlossenen afebrilen Tuberkulose haben eine Morgenleukozytkurve, die gewöhnlich über 7000 liegt und selten 10000 übersteigt. Übrigens ist das Blutbild dem der vorigen Gruppe ähnlich. 3. Kinder mit geschlossener febriler Tuberkulose zeigen Abnahme der eosinophilen Zellen. 4. Kinder mit fistulöser, tuberkulöser Affektion, die afebril verläuft, zeigen dasselbe Blutbild wie Gruppe 2. 5. Kinder mit febriler, fistulöser Affektion zeigen eine — teilweise bedeutende — Leukozytose. Die eosinophilen Zellen sind in Zahl sehr vermindert oder fehlen ganz. Die Leukozytose ist polynukleär, und die Prozentzahl der polynukleären Leukozyten steigt gegen den Tod.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Pädiatrische Sektion. Offizielles Protokoll vom 9. März 1914.

(Nach der D. m. W. 1914 Nr. 26.)

Vorsitzender: A. Baginsky; Schriftführer: Erich Müller.

Vor der Tagesordnung. 1. A. Baginsky: **Demonstration eines Blasensteines.** Es handelt sich gewissermaßen um ein Kuriosum. Das Präparat, das ich Ihnen vorlege, stammt von einem 10jährigen Mädchen. Es ist ein Blasenstein von Taubeneigröße, der eine Haarnadel umgibt und nach Einführung der Haarnadel entstanden ist. Das Kind kam wegen einer schweren Cystitis ins Krankenhaus, die zunächst mit den üblichen Mitteln behandelt wurde. Die Erfolglosigkeit dieser Behandlung, über deren Ursache uns die zystoskopische Untersuchung durch Kollegen Portner, sodann ein Röntgenbild aufgeklärt hat, führte zum Blasenschnitt, und hierbei ist das Präparat gewonnen worden. Es ist ein interessantes Stück und zugleich ein Beitrag zur sexuellen Aufklärung in den Schulen.

2. W. Zielinsky (a. G.): **Demonstration aus der zahnärztlichen Orthopädie.** Der Vortr. leitet vor den anwesenden Damen und Herren seine Demonstration damit ein, daß er anführt, er verdanke es der liebenswürdigen Aufforderung des Vorsitzenden, des Herrn Geheimrat Baginsky, wenn er heute die Ehre habe, als Gast sprechen zu dürfen. Er habe sich hierzu als Zahnarzt aus seinem Spezialfach, der zahnärztlichen Orthopädie, ein Thema ausgesucht, welches die Kinderärzte ganz besonders interessieren dürfte. Es ist dies: „Die Mundatmung". Wenn man in den medizinischen Lehrbüchern über diesen Gegenstand nachlese, so fände man eigentlich sehr wenig über ihn beschrieben. Als Folgezustand anderer pathologischer Vorgänge wäre allerdings auf die Mundatmung Bezug genommen, doch wäre diese selbst nur nebenher als ein Symptom berücksichtigt. In ursächlichem Zusammenhang mit der Mundatmung wären aber auch hier nur Veränderungen

gebracht worden, welche sich im Bereich der oberen Luftwege in Form von Schleimhauthypertrophien oder am knöchernen Nasengerüst in Form von Kristen, Septumdeviationen oder Verbiegungen der Nasenmuscheln vorfänden. Diese Veränderungen — Stenosen der Nase oder des retronasalen Rachenraums — seien es, die der Berufsmediziner am allerhäufigsten als ursächlich für die Mundatmung anzuführen pflegt. Hierbei würde aber zu wenig Rücksicht auf die knöcherne Umrahmung der Nase und vor allem des Mundes genommen, d. h. auf die Veränderungen des ganzen Kiefergerüstes hinsichtlich der Größe und die Stellung der beiden Kiefer zueinander. Gerade durch die anomale Ausgestaltung des ganzen Kiefergerüstes in Länge und Breite und die Stellung der Alveolarfortsätze und der in ihnen eingepflanzten Zähne zu den Lippen würde oft die Mundatmung im Kindesalter herbeigeführt. Vortr. weist nun auf seine Bilder hin, die eine Anzahl von Patienten zeigen, bei denen durch verschiedenartige Wachstumsstörungen an den Kiefern stets eine veränderte Atmung bedingt ist. Erwähnenswert seien zuerst die durch willkürliche Einwirkung herbeigeführten Deformitäten des Gebisses. Diese träten dann auf, wenn zur Zeit der Entwicklung, also zur Zeit des Milchgebisses, das Kind dauernd oder längere Zeit am Tage einen Gegenstand in den Mund stecke, um an demselben zu saugen oder zu kauen. Durch das Lutschen am Finger — gewöhnlich sei es der Daumen — oder an sogenannten unhygienischen „Schnullern“ würden die zarten Kiefer zusammen- und der obere Alveolarfortsatz nach vorn gedrückt, so daß es zu einer „offenen“ Bißstellung im Bereiche der Schneidezähne, der sog. „Lutscherprognathie“ käme. Das herbeigeführte Klaffen der Zahnreihen brächte es ganz von selbst zuwege, daß der Lippenschluß ein unvollkommener bliebe, so daß später die Mundatmung aus Bequemlichkeit beibehalten würde. Weiter wären die schweren Deformitäten zu nennen, die als „offener“ Biß oder „mordex apertus“ bekannt seien und fast ausnahmslos auf rachitischen Veränderungen der Kieferknochen beruhen. Charakteristisch für diese Deformität sei das äußerlich sichtbar hervortretende lange Untergesicht mit den nach unten gezerrten Mundwinkeln, der dadurch bedingten offenen Mundspalte und den hinter derselben liegenden klaffenden Zahnreihen. Natürlich bedinge diese schwere Deformität dauernde Mundatmung. Demonstrierender kommt dann auf die Atresien des nasalen Traktes zu sprechen. Er scheidet die Stenosen, welche durch Schleimhauthypertrophien (adenoide Wucherungen, Schwellkörper des Nasenraumes usw.) herbeigeführt werden, von den Stenosen der knöchernen Nase (Verbiegung der Nasenscheidewand, Enge des Nasenbodens und der unteren Nasengänge usw.). Letztere wären insbesondere mit einem engen Oberkiefer und dicht und übereinander gedrängten Zähnen in ungenügend entwickelten Alveolarfortsätzen anzutreffen. Die Weite des Gaumens und die Ausgestaltung des oberen Zahnbogens — nicht so sehr die Höhe des Gaumens — seien maßgebend für die Entwicklung des Cavum naris. Die Orthopädie des Zahnarztes (bestehend aus einer Oberkieferdehnung vom Munde aus) vermag zu einer Erweiterung nicht nur des Gaumens, sondern auch des Nasenbodens und der unteren Nasengänge beizutragen. Ein besonderer Wert dieser zahnärztlich orthopädischen Maßnahmen sei aber in der Befreiung der im Cavum oris eingeschlossenen Weichteile (Zunge, Organe des Mundbodens) zu erblicken, die je nach der Kieferenge gezwungen seien, sich rückwärts gegen die über dem Eingang zum Kehlkopf gelegenen Teile des Pharynx zu legen und dadurch in hohem Grade stenosierend zu wirken. Nur ein Öffnen des Mundes von seiten solcher Individuen setze diese in den Stand, die genügende Menge Luft der Trachea zuzuführen, was natürlich nichts anderes als eine Degradation zur Mundatmung bedeute. Vortr. zeigt Fälle, in denen die allgemeine Kieferenge zu den eben genannten Schädigungen führt, als auch Individuen, bei denen ein besonders verkürzter Unterkiefer für das Zustandekommen dauernder Mundatmung verantwortlich zu machen sei. Es wird auch gezeigt, wie durch Vorziehen eines solchen opisthognathen Unterkiefers in den gedehnten oberen Zahnbogen hinein wieder normale Atmung bei normalem Lippenschluß herbeigeführt wird. Zuletzt werden noch ein paar Fälle von Prognathismus des Oberkiefers mit vorstehender oberer Zahnreihe demonstriert, bei denen das Unvermögen der kurzen Oberlippe, die vorstehenden oberen Schneidezähne zu decken und mit der Unterlippe in Berührung zu treten, das Individuum nicht in den Stand setzt, normal zu atmen. Hier sei die Redressierung des vorstehenden Oberkiefers angezeigt, was durch Einwirken mittels mundorthopädischer Bandagen auch mit Erfolg durchzuführen sei.

3. v. Bókay (a. G.): **Alveolardiphtherie von besonderer Morphologie und Verlauf.** Beide Fälle beziehen sich auf 8—9 Monate alte Säuglinge. Beim ersten Fall ist im Anschluß an eine Nasendiphtherie am 5. Tage der Erkrankung ein zirkumskriptes, stark ödematöses und mit hämorrhagischen Stellen besätes, einer entzündeten Nasenmuschel ähnelndes Gebilde aufgetreten. Es überragte leicht die Grenzen des oberen Alveolarfortsatzes und saß an der Stelle des ersten Prämolaren. Das Aussehen war glasig, etwa das eines schwappenden Ödems. Das gleiche Gebilde entstand bei dem zweiten Falle am 3. Tage einer Nasendiphtherie an den beiden Seiten des unteren Alveolarrandes, und zwar an der Stelle des Prämolaren. Die bakteriologische und mikroskopische Untersuchung bestätigten in beiden Fällen die diphtherische Natur des Prozesses.

Tagesordnung. 4. Diskussion zu dem Vortrage von Fritz Lesser vom 9. Februar 1914: **Über familiäre Syphilis, zugleich ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa.** (Siehe Referat in dieser Nummer.) Finkelstein: Lesser hat unter vielen anderen interessanten Punkten auch berichtet, daß bei einer auffallend großen Zahl von seinen Kindern mit Keratitis parenchymatosa die Hornhauterkrankung die erste beobachtete luetische Manifestation gewesen sei. Man kann sich das auf zwei Arten erklären. Entweder haben diese Kranken in der vorhergehenden Zeit, insbesondere auch als Säuglinge, tatsächlich niemals Erscheinungen gezeigt — und wenn dem so wäre, würden wir dem Gebiet des Tertiarisme d'emblée des Kindesalters, der wirklichen Syphilis congenita tarda, eine überraschend große Zahl von Fällen zuweisen müssen —, oder es haben diese Kinder schon im Säuglingsalter Erscheinungen gehabt; diese aber sind entweder ihrer Natur nach nicht erkannt worden, oder sie sind so geringfügig gewesen, daß man sie übersehen hat. Nun glaube ich in der Tat, daß das letztere wohl das Wahrscheinlichere ist. Nach meinen Erfahrungen glaube ich nicht recht an die Lehre der primären Syphilis congenita tarda. Ich würde erst dann von deren Existenz überzeugt sein, wenn mir ein Fall demonstriert würde, der von wirklich berufener Seite während der ganzen Säuglingszeit genau beobachtet und — sagen wir mindestens alle Woche zweimal — vom Kopf bis zu den Füßen untersucht worden wäre. Denn, meine Herren, tatsächlich wird die Lues beim Säugling außerordentlich oft übersehen, weil sie sehr oft in ganz unscheinbarer Form auftritt. Die typischen und deutlichen Fälle mit reichen Exanthemen und den übrigen aufdringlichen Symptomen scheinen mir beinahe die Minderzahl zu bilden. Wir im Waisenhause haben vielleicht mehr Fälle, wo die Lues sich nur in außerordentlich geringfügigen Symptomen zeigt. Diese Fälle sieht man natürlich nicht in der Klinik und wohl nur selten in der Privatsprechstunde, denn die Angehörigen der Patienten bemerken diese Kleinigkeiten entweder gar nicht oder halten es für unnötig, deswegen den Arzt aufzusuchen. Ich möchte mich in dieser Beziehung vielmehr dem bekannten Leiter der Prager Findelanstalt, dem erfahrenen Alois Epstein anschließen, der sagt: „Die Lues congenita der Säuglinge lernt man nicht in der Klinik und nicht in der Privatpraxis, die lernt man nur im Findelhause kennen, wo man Gelegenheit hat, zahlreiche Kinder von Geburt an tagtäglich zu beobachten". Ich selber habe die Lues in allen ihren Gestalten so richtig nicht etwa als Assistent Heubners in der Charité kennen gelernt, sondern erst während meiner Tätigkeit im Waisenhause. Da sieht man z. B. bei einem Kinde einige Tage lang nichts weiter als ein paar kleine Fleckchen auf der Fußsohle, die vielleicht nur bei besonders guter Beleuchtung sichtbar sind, und das bleibt alles. Oder Sie finden vielleicht eine bald vorübergehende ganz geringe diffuse Infiltration der Fußsohlen, oder aber eine leichte anämisch-gelbliche Verfärbung der Haut, bei näherer Untersuchung vielleicht auch einen ganz kleinen Milztumor — Dinge, die auch von selbst wieder verschwinden — oder Sie finden eine Kubitaldrüse ohne jede Manifestation an der Haut oder den Schleimhäuten oder sonst irgendwelcher Art. Derartiges kann auch verhältnismäßig spät auftreten, erst im 5., 6. Monat. So sah ich kürzlich ein Kind, welches wegen der Lues des Vaters genau beobachtet wurde, das erst im 6. Monat anfing blaß auszusehen, dann nichts weiter als einige unbedeutende Drüsenschwellungen in der Bizipitalfurche und einen leichten Milztumor bekam. Wa.R. war zu dieser Zeit positiv. Unsere Wärterinnen in den Waisenhäusern, die auf diese Dinge dressiert sind wie die Polizeihunde (Heiterkeit), sind die besten Diagnostiker. Was die an unscheinbaren Fällen herausspüren, ist wirklich manchmal bewundernswert. Ich möchte also sagen: die Zahl der unscheinbaren, leicht

übersehbaren und wohl tatsächlich auch übersehenen Fälle ist so groß, daß ich mich nicht entschließen kann, eine erst im späteren Kindesalter auftretende Manifestation ohne weiteres als die wirklich erste anzusehen. — Diese rudimentären Fälle haben praktisch eine außerordentlich große Bedeutung. Erstens deswegen, weil diese Kinder, trotz ihrer scheinbaren Symptomfreiheit, Infektionen übermitteln können. Ich erinnere mich z. B. eines 9 monatigen Kindes, das vor seiner Aufnahme ins Waisenhaus längere Zeit wegen Bronchitis und Furunkulose in Krankenhausbehandlung war. Während der mehrmonatigen Beobachtung bei uns zeigte es keinerlei luetische Symptome. Dann kam es zu einer Ziehfrau, die es an die Brust legte, und bald darauf erschien diese Frau mit einem Primäraffekt an der Brust. Das Kind wurde untersucht — man fand absolut nichts von Lues, wohl aber positive Wa.R. Eine Rückfrage an das oben erwähnte Krankenhaus ergab aber, daß das Kind dort kurze Zeit einige uncharakteristische Fleckchen gehabt hatte, die man für Lues zu halten keinen Grund zu haben glaubte, und deshalb war auch eine entsprechende Mitteilung bei der Überweisung unterblieben. Das zweite, was mir praktisch wichtig zu sein scheint, ist die Bedeutung dieser Fälle für die Prophylaxe der Spätlues. Die Syphilidologen stehen ja wohl auf dem Standpunkte, daß die Spätlues bei ungenügender oder fehlender Behandlung besonders häufig auftritt. Vielleicht ist gerade bei der Keratitis parenchymatosa die negative Anamnese deswegen so häufig, weil eben wegen der unscheinbaren Symptome im Säuglingsalter die Diagnose nicht gestellt wurde und deshalb die Behandlung unterblieb. Wir würden also durch Erkennung der Frühsymptome und vorschriftsmäßige Behandlung möglicherweise eine große Zahl dieser späten Augenleiden verhüten können. Und damit komme ich zu einer Bemerkung über die Behandlung. Man neigte früher wohl vielfach dazu, Kinder syphilitischer Eltern, die dauernd symptomfrei waren, nicht oder wenigstens nicht sehr energisch zu behandeln. Es ist zweifelhaft, ob das ein zulässiges Verfahren ist. Zum mindesten sollte man solche Kinder während des ersten Lebensjahres serologisch kontrollieren und, falls sich in späteren Monaten eine positive Wa.R. zeigt, die Behandlung ebenso konsequent durchführen, wie bei den typisch erkrankten Säuglingen.

Cassel: Jeder Arzt, der im Kampfe gegen die Syphilis sozusagen in breiter Front vorgehen muß, wird der Wa.R. nicht mehr entraten können, zumal wir derselben eine Vertiefung unseres Wissens und eine Erweiterung unseres Könnens verdanken. Ich habe mich dieser biologischen Reaktion nach zwei verschiedenen Richtungen bedient. 1. Ich benutze, wie wohl jeder Anstaltsleiter, die Wa.R. zur Untersuchung der Ammen, um uns vor einer Übertragung der Syphilis in der Anstalt mehr zu schützen, als es früher der Fall sein konnte. Für diesen Zweig unserer Tätigkeit ist nun die Wa.R. ein unentbehrliches Hilfsmittel geworden. Die Erfahrungen, die wir hierbei gemacht haben, will ich in aller Kürze mitteilen. Die Untersuchungen wurden sämtlich von zuverlässigen Stellen ausgeführt, und zwar bis vor zwei Jahren im Pathologischen Institut der Universität von Herrn Dr. Halberstädter, und in den letzten zwei Jahren in der Dermatologischen Universitätsklinik des Herrn Geheimrat Lesser. Von 148 Müttern, deren Blut untersucht wurde, war die Reaktion 11 mal, d. h. in 7,4% der Fälle, positiv. Bei 133 fiel sie negativ aus, und 4 mal war das Resultat zweifelhaft. Da die überwiegende Mehrzahl dieser Ammen bei der körperlichen Untersuchung keine Zeichen von Syphilis darbot, so werden Sie begreifen, daß der Ausfall der Reaktion für uns von der allergrößten Bedeutung war. 2. Wie eine Reihe anderer Forscher habe ich die Wa.R. benutzt, um den Schleier lüften zu helfen, der bis jetzt noch das eigentliche Wesen des Colleschen Gesetzes verhüllt. Ich habe also die Frage zu beantworten versucht, ob alle Mütter kongenitalsyphilitischer Kinder selbst an Syphilis erkrankt sind. Auf die Resultate, die andere Autoren gewonnen haben, komme ich nachher zurück. Die Wa.R. wurde im ganzen an 41 Müttern syphilitischer Säuglinge angestellt. Das Resultat war folgendes: Positive Reaktion gaben 25 Mütter = 60%. Ich habe nun eine Zusammenstellung der Zahlen vorgenommen, die einige andere Autoren bei gleichen Untersuchungen gefunden haben, und da hat sich folgendes ergeben: Knöpfelmacher fand von 116 Müttern 72 = 62% positiv, Boas von 81 Müttern 61 = 75% positiv, Fr. Lesser von 31 Müttern 23 = 74% positiv, und Cassel von 41 Müttern 25 = 60% positiv. Diese Zahlen lehren, daß die Resultate der genannten Untersucher nicht allzu sehr voneinander verschieden sind. Sie kommen wohl im ganzen den Zahlen nahe, wie sie für die Wa.R.

auch sonst bei Syphilitischen gefunden werden. Alsdann habe ich ebenso wie Knöpfelmacher und auch Fr. Lesser das Material getrennt, je nachdem die Mütter angaben, daß sie an Syphilis gelitten haben, oder angaben, von einer Infektion überhaupt nichts zu wissen. Da hat sich nun folgendes ergeben. Von 41 Müttern gaben 7, d. i. etwa der sechste Teil, an, daß sie an Lues gelitten haben. Von diesen 7 Müttern gaben 6 = 85,7% eine positive Wa.R., eine Mutter reagierte negativ. Die letztere gab an, vor 7 Jahren infiziert worden zu sein und zwei Schmierkuren durchgemacht zu haben. Die Untersuchung fand 51 Tage nach der Geburt des syphilitischen Kindes statt. — 34 Mütter negierten eine Infektion. Von diesen reagierten positiv: 19 Mütter = 56%, negativ: 14 Mütter, zweifelhaft: 1 Mutter. Die zweifelhaft reagierende Mutter wurde am 30. Tage nach ihrer Niederkunft untersucht. Sie bot auch sonst an ihrem Körper keine Erscheinung von Lues dar. Es dürfte wohl interessieren, wie sich die Lues negierenden Mütter bei den schon genannten Autoren verhalten haben. Lues negierende Mütter gaben eine positive Wa.R.: bei Knöpfelmacher von 91 Müttern 54 = 59%, bei Boas von 13 Müttern 13 = 100%, bei Fr. Lesser von 27 Müttern 19 = 70%, bei Cassel von 34 Müttern 19 = 56%. Abgesehen von den etwas kleinen Zahlen von Boas liegen die Zahlen der drei anderen Autoren ziemlich nahe beieinander. — Wir haben nun ferner einen Teil der auf Wa.R. untersuchten Mütter auch daraufhin untersucht, ob sie an ihrem Körper Erscheinungen von Syphilis darboten. Ein Teil dieser Untersuchungen wurde von mir und meinen Assistenten vorgenommen; einen anderen Teil hat der hiesige Dermatologe Herr Prof. Heller untersucht. Das Ergebnis war folgendes: Von 13 Müttern mit positiver Wa.R. zeigten 6 = 46% auch andere Symptome von Lues. — Bei 7 = 54% wurden die letzteren vermißt. Von 14 Lues negierenden Müttern mit negativer Wa.R. konnten 11 auf das Vorhandensein von spezifischen Symptomen untersucht werden. Symptome von Syphilis zeigten 3 Mütter. 8 Mütter syphilitischer Kinder, die Lues negierten, hatten keine nachweisbaren Symptome von Lues und negative Wa.R. In der Literatur wird auch darauf Wert gelegt, zu welchem Zeitpunkt nach der Geburt des syphilitischen Kindes die Untersuchung auf Wa.R. stattgefunden hat. Ich gebe hier die entsprechenden Zahlen von unserem Material wieder. Bei den 19 positiv reagierenden Müttern fanden die Untersuchungen statt: am 10., 20., 28., 31., 41., 44., 60., 60., 60., 80., 96., 101., 102., 103., 105., 145. Tage und einmal 2 Jahre nach der Niederkunft. Bei den 14 Negativen fand die Untersuchung statt am: 28., 47., 51., 59., 65., 71., 72., 75., 101., 140., 144., 169. Tage und einmal 1 Jahr nach der letzten Niederkunft. — Welche Schlüsse gestatten nun meine Untersuchungen, zusammengehalten mit denen der genannten Autoren, in bezug auf das Collesche Gesetz? Ist es gelungen, durch die Wa.R. die erwartete Aufklärung restlos zu erreichen? Hören wir zunächst, was die anderen sagen. Boas kommt zu dem resignierenden Schluß, daß die Hoffnung auf Aufklärung teilweise getäuscht worden ist. — Knöpfelmacher erklärt, daß ausnahmslos alle Colleschen Mütter an Lues erkrankt sind, sei sehr wahrscheinlich, gegenwärtig aber nicht mit Sicherheit zu erweisen. — Fr. Lesser tritt mit größerer Sicherheit auf und behauptet, daß Mütter luetischer Kinder fast ausnahmslos positive Wa.R. geben. Er sagt ferner, daß die negative Reaktion also bei den Müttern wohl zum größten Teil auf spontane Ausheilung der Syphilis zurückzuführen sei. Letztere müssen früher positiv reagiert haben. Damit begeht Lesser aber eine petitio principii, indem er als bestehend annimmt, was er doch erst beweisen soll. — Auch E. Lesser hat in seinem vor wenigen Tagen gehaltenen Vortrage behauptet, daß die Colleschen Mütter fast ausnahmslos positiv reagieren. — Meine Erfahrungen lehren indessen, daß eine Entscheidung heute noch nicht möglich ist. Denn die Zahl der negativ reagierenden Mütter, die so kurz nach der Geburt des syphilitischen Kindes untersucht worden sind und die auch sonst keine Stigmata von Lues gezeigt haben, ist doch so groß, daß man nicht annehmen kann, daß bei allen in kurzer Zeit eine Ausheilung der Krankheit stattgefunden habe. — Vielleicht gelingt es im Laufe der Zeit, die Reaktion so zu verfeinern, daß einmal eine endgültige Entscheidung der uns allen sehr am Herzen liegenden Frage ermöglicht wird.

W. Alexander hat bei seinem Material an hereditärer Tabes und Paralyse die Familienforschungen Lessers nachgeprüft. Er teilt seine Resultate hier mit, möchte aber gleich bemerken, daß er in fast allen Punkten zu denselben Ergebnissen wie Lesser gekommen ist und nur ganz geringe Einschränkungen zu machen hat. Zunächst sein Material:

8 hered. Paralysen: 4 männl., 4 weibl. (Virgo).
Alter: 8. 10, 10, 13, 17, 18, 18, 31.

		Eltern:
4 Wa.R. + : (Blut)	3 Wa.R. + :	3 Mütter gesund,
2 Wa.R. – : („)	2 Wa.R. – :	beide Mütter Tabes,
1 ?[1]) : (mit Exanthem geboren),	1 ? :	Vater P. P. +,
1 ? : (unehelich. Bruder P.P.+, Mutter Hemipleg. +). ⟷	1 ? :	(mit Exanthem geboren),
	1 ?	

Geschwister: 5: gesunde Geschwister,
1: Bruder P. P.,
2: O. Part. O. Aborte.

10 hered. Tabes: 2 männl., 8 weibl. (Virgo).
Alter: 7, 13, 14, 15, 17, 18, 4mal 9.

4 Wa.R. + (Blut): 3 Eltern Tabes, 1 gesund,
1 Wa.R. – („): Vater und Schwester differente Pupillen,
5 Wa.R. ? („): 3 Eltern differente Pupillen, 1 Vater Schädelsyphilis Wa.R. + 1 gesund.

Geschwister: 4: keine,
1: 1 totgeborenes,
2: gesunde + Aborte,
3: alle differente, starre Pupillen, dann 10 Aborte.

Die Schlußfolgerungen, die man aus Betrachtung dieser 18 Fälle anstellen kann, sind folgende: Zu der ersten These Lessers, daß die Keratitis parenchymatosa als erstes und einziges Symptom im 10. Lebensjahre auftreten kann, hat Finkelstein schon bemerkt, daß sich das nicht leicht wird beweisen lassen. Alexander möchte es auch nicht für seine Fälle als bewiesen ansehen, daß z. B. Anomalien an den Pupillen als erstes Symptom der Syphilis aufgetreten sind; aber das eine läßt sich mit Sicherheit sagen, daß es zur Zeit der Beobachtung das einzige Symptom war und daß von früheren Erscheinungen nichts beobachtet wurde. Zweitens: Daß das Gesetz von der Abschwächung der kindlichen Lues proportional der Reihenfolge der Geburten nicht zu Recht besteht, geht aus seinem Material unzweifelhaft hervor, indem gesunde Kinder und Aborte, in späteren Jahren wieder gesunde Kinder und Paralytiker abwechselnd zur Welt gebracht wurden. Drittens: Daß der Übergang der Syphilis von der Mutter aufs Kind noch nach 6—12 jährigem Bestehen der mütterlichen Syphilis nicht zu bestreiten ist, geht auch aus meinem Material hervor, indem in vielen Fällen nach einem ähnlich langen Intervall Kinder mit Paralyse geboren wurden. Ganz ebenso wie bei Lesser sind zwei Mütter vor der Ehe syphilitisch infiziert worden und haben andere Familienmitglieder infiziert bzw. die Infektion verbreitet, die nachher zu Tabes und Paralyse führte. Um auf die Frage: „Wieviel Patienten wissen etwas von der stattgefundenen Infektion?" näher einzugehen, habe er zunächst aus einer Arbeit von Mendel und Tobias über Frauentabes die Zahlen herausgesucht. Es handelt sich da um 64 weibliche Tabiker, von denen 32 eine Infektion zugaben und 32 sie leugneten. Von den 32 geleugneten Fällen von Lues waren 18 Fälle, in denen die Wa.R. positiv war und bei denen auch noch andere Symptome vorhanden waren. Alexander habe daraufhin seine letzten 150 männlichen Fälle von Tabes dahin geprüft, wieviele davon eine Infektion zugaben und wieviele sie leugneten, und fand, daß genau ein Drittel die Infektion leugnete und zwei Drittel die Infektion zugaben. Er will noch hervorheben, daß die 18 hereditären Tabes- und Paralysefälle sämtlich poliklinische waren. Daß in der Tat die schweren Folgezustände der ererbten Syphilis in der Privatpraxis außerordentlich selten sind und sein müssen, daß die ärmeren Stände da bevorzugt werden, geht auch daraus hervor, daß solche Fälle von Tabes sich fast ausnahmslos in den niederen Ständen fänden. In dem Material von Mendel und Tobias, wo es sich um 163 Fälle handelte, wären nur 7% aus der Privatpraxis und 92% aus der poliklinischen Praxis gewesen. Ferner müsse man als mit einer wahrscheinlich feststehenden Tatsache damit rechnen, daß ungeheuer viel mehr Infektionen mit Lues stattfinden, als überhaupt zur ärztlichen Kognition

[1]) Wa.R. war bei dem ambulanten Material nicht immer zu erlangen.

kommen. Das gehe auch daraus hervor, daß sehr leicht beim kleinen Kinde sowohl wie auch beim Erwachsenen syphilitische Erscheinungen übersehen werden können, und daher komme es, daß eine große Menge syphilitischer Fälle weder im primären Stadium, noch später, ja sogar mit Anfangssymptomen der Tabes und Paralyse, die schon da sind, diagnostiziert werden. Seine 18 Fälle waren auch nicht alle diagnostiziert. Demonstration einer 18 jährigen Patientin, die an hereditärer Paralyse leidet. Ihre Schwestern von 16 und 21 Jahren sind gesund; sie war früher auch stets gesund. Im November v. J. bekam sie Ohnmachtsanfälle, sprach irre, sah Gespenster, klagte über Frösteln. — Wa. R. positiv, zwei Schmierkuren, zwei Salvarsankuren. Pupillen verzogen, different, total starr. Links Ptosis. Reflexe lebhaft. Blasenstörungen. Vollkommene Verblödung, Silbenstolpern. Virgo intacta. Januar 1914 Wa.R. + + + +. Salvarsankur ohne Erfolg. Vater angeblich gesund. Die Mutter, die Sie hier sehen, ist klinisch gesund, aber Wa.R. +. Patientin selbst hat keine Zeichen von Lues, vielleicht eine Andeutung von Hutchinson an einem Schneidezahn.

Ritter: Dieses diagnostische Problem der Erbsyphilis ist für den Kinderarzt, besonders wenn ihm Ammenversorgung anvertraut ist, von hervorragender Wichtigkeit. Begegnen uns doch gerade intelligente Eltern, vor allem natürlich die Väter, wenn sie gegen unsere energische Propaganda der natürlichen Ernährung bei der trotz aller pädiatrischen Wünsche nicht immer fortzuleugnenden mütterlichen Stillunfähigkeit Widerspruch erheben, mit dem Hinweise auf die große Gefahr luetischer Infektion bei der Ammeneinstellung. Können wir denn nun, meine Herren, nach dem heutigen Stande unseres Wissens bedingungslos die Heranziehung von Ammen empfehlen unter der selbstverständlichen Voraussetzung der Benutzung aller diagnostischen Hilfsmittel? Es ist doch nicht gar so lange her, daß wir ganz auf die klinische Beobachtung und Erfahrung angewiesen waren, und ich glaube gerade der Zustimmung dieses Kreises sicher zu sein, wenn ich sage, daß man bei sorgfältiger Auswahl auch damals verhältnismäßig gut abgeschnitten hat. Wenn wir aus unseren Anstalten nach mehrmonatlicher Beobachtung Stillende in die Familien hinausgaben, hielten wir uns einigermaßen sicher. Trotzdem konnten wir infolge unserer Kenntnis der Literatur und der Berichte über syphilitische Ansteckungen durch Ammen die Befürchtung nicht los werden, daß unser Schutzfilter auch einmal nicht ganz dicht halten könnte. Da kam die Epoche der serologischen Prüfungsmöglichkeit. Und nun stellte sich das Überraschende heraus, daß dieses Gefühl der Unsicherheit bei weiterem Ausbau des Verfahrens nicht verschwand, sondern sich noch verstärkte. Ich brauche nur auf die Ausführungen des Vortragenden über die enorme Dauer der Latenzperiode hinzuweisen, trotzdem ich mit Finkelstein überzeugt bin, daß viele Anfangsstadien nicht zur Rekognition kommen. Aber, meine Herren, so unüberwindlich diese Schwierigkeiten auch in mancher Beziehung aussehen, für die Ammenauswahl dürfte ein Weg gefunden sein. Es stehen für diese Untersuchungen zwei in innigem Zusammenhang befindliche Individuen als Prüfungsobjekt zur Verfügung, die Mutter und das Kind, und es gehört immerhin zu den Seltenheiten, daß bei beiden zunächst eine negative Reaktion vorhanden ist und sich später eine positive Reaktion bei der Mutter zeigt. Denn die Erfahrung verschlechtert ja kaum die Auswahlaussichten, daß die Blutuntersuchung bei Müttern manchmal trotz syphilitischer Frucht ein negatives Ergebnis zeitigt, wenn auch die mitgeteilte Untersuchung des Vortragenden bei eben entbundenen Müttern ein gar nicht zu überschätzendes diagnostisches Hilfsmittel wäre. Wir haben bisher an unseren Anstalten 147 Stillende im Interesse der Anstalten zum Ammendienste herangezogen bzw. später den Familien zur Verfügung gestellt. Die Blutuntersuchung wurde bei Mutter und Kind bald nach dem Eintritt — das war im Durchschnitt nach Ablauf der 3. Lebenswoche des Kindes — vorgenommen. Sie war in 3 Fällen bei Mutter und Kind positiv und in 3 Fällen bei 3 Müttern positiv, während die Kinder, die im Alter von 14 Tagen, 3 und 6 Wochen standen, negativ reagierten. Bei den übrigen Beobachtungen sind Mutter und Kind von jeder positiven Reaktion befreit geblieben. Diese Untersuchungen wurden und werden spätestens vor dem Antritt des Außendienstes der Amme, der nicht vor dem dritten Stillmonat erfolgt, manchmal noch in der Zwischenzeit wiederholt. Für den Anstaltsbetrieb können die Ammen bereits nach der ersten Blutuntersuchung herangezogen werden, da unsere kleinen Patienten nur abgedrückte Milch erhalten. Niemals ist bei der zweiten Blutuntersuchung ein von der ersten abweichendes Ergebnis

erzielt worden. Es ist selbstverständlich während dieser ganzen Zeit auch die klinische Beobachtung — das brauche ich wohl nicht erst hervorzuheben — zu ihrem vollen Recht gekommen. Unter diesen Verhältnissen sind wir in der Lage, den die Kabinettsfrage stellenden Eltern zu erwidern: Eine absolute Gewähr für die Unmöglichkeit einer Syphilisübertragung durch eine Amme gibt es auch heute noch nicht. Aber die Unwahrscheinlichkeit der Durchbrechung dieses vielfachen Schutzwalles ist so groß, daß die Gefährdung infolge der so gut wie beseitigten Ansteckungsgelegenheit durch eine Amme vor der Wahrscheinlichkeit einer schweren Schädigung durch die unnatürliche Ernährung vollständig zurücktritt.

Ledermann: Ich möchte auf die Frage der Keratitis parenchymatosa mit einigen Worten eingehen. Ich habe unter 11000 serologischen Untersuchungen 27mal Fälle von Keratitis parenchymatosa zu untersuchen Gelegenheit gehabt. Von diesen scheiden für diese Erörterungen 5 Fälle aus, die nicht an kongenitaler Lues litten. In 22 Fällen lag aber sicher die kongenitale Form der spezifischen Keratitis parenchymatosa vor. Unter diesen 22 Fällen waren nur wenige, die irgendwelche luetische Erscheinungen vorher bemerkt hatten oder von solchen wußten. In der Mehrzahl der Fälle war also die Keratitis parenchymatosa das erste beobachtete Luessymptom. In 16 Fällen bestand die Keratitis allein, in 4 waren Keratitis und Iritis vorhanden, und 2 waren mit Pupillenstarre vergesellschaftet. — Dem Geschlecht nach waren 11 Fälle, also die Hälfte, weiblich. — Bezüglich des Alters stimmen meine Erfahrungen nicht ganz mit denen F. Lessers überein. 10 Fälle standen zwischen dem 12. bis 20. Lebensjahr, 6 waren unter 12 und 6 über 20 Jahre alt, während Lesser das 8. bis 10. Jahr als Durchschnittszeit der Erkrankung angibt. Das ist bei einem etwas größeren Material vielleicht besser zu entscheiden. Was die Bemerkungen Finkelsteins betrifft, so hat er darin vollkommen recht, daß die kongenitale Lues sehr häufig übersehen wird. Ich nehme ohne weiteres an, daß in einer großen Anzahl von Fällen — ich will nicht sagen, in allen — die hereditäre Lues schon irgendwelche sichtbaren Erscheinungen vorher gemacht hat. Eins ist dabei sicher, daß manche Personen 20 Jahre und länger durchs Leben gegangen sind, an Syphilis leidend, und daß diese Syphilis nicht erkannt worden ist. Daraus ziehe ich den Schluß — wie ich dies schon früher betont habe —, daß eine fortlaufende serologische Untersuchung auch der nicht syphilitisch erscheinenden Kinder syphilitischer Eltern, selbst wenn nur ein Elternteil erkrankt war, stattfinden muß. Es ist wichtig, daß nicht erst Erscheinungen der Lues abgewartet werden, ehe serologisch untersucht wird. Ich halte es für überaus wertvoll, solche Kinder serologisch Jahre hindurch zu verfolgen, auch wenn — worauf Cassel mit Recht hingewiesen hat — die Untersuchung nicht immer allen Erwartungen entsprechen sollte. In einer großen Anzahl von Fällen dürfte man jedenfalls eine Aufklärung erhalten, ob Lues vorliegt oder nicht. Es wäre nun interessant, zu erfahren, was aus solchen kongenital luetischen Kranken mit Keratitis parenchymatosa später wird. Da möchte ich auf die Arbeit von Igersheimer, „Das Schicksal von Patienten mit Keratitis parenchymatosa auf hereditär-luetischer Grundlage“, hinweisen. Der Verfasser konnte feststellen, daß unter 152 untersuchten Fällen von Keratitis parenchymatosa in 40,8% der Fälle eine schlechte Sehkraft verblieb. 28 Augen wurden praktisch blind, durch Hornhauttrübung, Chorioiditis, Glaukom usw. 101 Fälle von diesen 152, die neurologisch untersucht wurden, hatten außerdem noch krankhafte Zeichen von seiten des Nervensystems. So weisen auch diese Erscheinungen wiederum auf die Wichtigkeit der Wa.R. hin, die gleich wertvoll für die frühzeitige Stellung der Diagnose Lues, wie für die Kontrolle des Erfolges der Behandlung erscheint.

Fritz Lesser (Schlußwort): Die Frage, ob es einen Tertiarismus d'emblée gibt oder ob sich die Folgen der kongenitalen Syphilis schon in den ersten Tagen oder Monaten nach der Geburt klinisch zeigen müssen, war lange Zeit unentschieden. Klinisch läßt sie sich nicht beweisen. Nachdem jetzt aber erwiesen ist, daß Kinder mit positiver Wa.R. geboren werden können, ohne klinische Zeichen von Lues darzubieten, müssen wir annehmen, daß sie schon in utero die ersten Erscheinungen der Syphilis durchgemacht haben. Es kann sich hier auch nicht um einen bloßen Übergang der Reagine von der Mutter auf das Kind handeln, denn die Kinder reagieren auch nach Monaten und Jahren noch positiv. Die Häufigkeit der positiven Reaktionen bei Colleschen Müttern hängt davon ab, in welcher Zeit nach der Geburt des letzten syphilitischen Kindes die Reaktion bei den Müttern gemacht

wird. Ich habe bei 8 Müttern negative Wa.R. gefunden und habe letztere auf spontane Ausheilung der Syphilis bei den Müttern zurückgeführt. Als Begründung hierfür habe ich folgendes angeführt: Wenn wir die Mütter syphilitischer Kinder bald nach der Geburt untersuchen, so finden wir in annähernd 100% eine positive Wa.R. Wenn wir aber solche Mütter untersuchen, wenn das Kind schon 10 Jahre alt ist, dann reagieren diese Mütter in einem großen Prozentsatz negativ. Aus diesen differierenden Prozentzahlen, bald nach der Geburt des syphilitischen Kindes und 10 Jahre später, schließe ich, daß die Syphilis der Mütter spontan zur Ausheilung kommt. Bezüglich der Hauptfrage, ob es eine paterne Infektion des Kindes gibt, machen die meisten Autoren meines Erachtens den Fehler, daß sie aus der positiven Wa.R. der Colleschen Mütter schließen, daß die Mütter vor der Befruchtung infiziert sind, während die Frage offen bleiben muß, ob die Mutter von der Frucht syphilitisch geworden sind oder vom Vater. Ich möchte aber anderseits davor warnen, ins Gegenteil zu verfallen und als Beweis für eine paterne Infektion zu verlangen, daß die Mütter syphilitischer Neugeborener negative Wa.R. aufweisen.

5. A. Czerny: **Die paravertebrale Pneumonie der Kinder.** (Siehe Referat in dieser Nummer.)

Diskussion. A. Baginsky: Ich möchte unserem verehrten Kollegen Czerny unseren verbindlichsten Dank aussprechen für seinen interessanten Vortrag und die aufklärenden Ausführungen über manche Phänomene, die uns bisher am Krankenbett aufgefallen sind. Ich glaube, wir werden alle Ursache haben, auf die von ihm angegebenen Momente weiterhin zu achten.

III. Therapeutische Notizen.

Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Von Dr. Adolf Deutsch in Frankfurt a. M. Muß künstlich genährt werden, so bestehen die Mängel des Soxhlet hauptsächlich in folgendem: Der Apparat ist zu groß, sein Einsatz bietet Platz für zu viele (10) Flaschen; das verleitet zur Überfütterung. Schlimmer ist, daß der Apparat nur zum Erhitzen, aber nicht zu dem fast ebenso wichtigen Kühlen eingerichtet ist. Dadurch wird er im Sommer, namentlich bei kleinen Leuten, die über keinen Eisschrank verfügen, oft zum Brutapparat statt zum Sterilisator. Einen Fortschritt stellt deshalb zweifellos der Bickel-Rödersche Thermosapparat dar; größere Verbreitung wird dieser aber schwerlich finden, weil er kompliziert und leider auch recht teuer ist. Wie sollen sich arme Leute helfen? wie der Fürsorgearzt, die Armenschwester, wenn sie den nichtstillenden Müttern keine undurchführbaren Ratschläge geben wollen und keine erreichbaren Hilfsmittel empfehlen können? Schon vor Jahren hat Verf. eine Zusammenstellung versucht, die die genannten Fehler des Soxhlet vermeiden sollte, in der die gekochte Milch rasch heruntergekühlt und ohne Eis kühl gehalten werden könnte, und die vor allem durch billige Herstellung und billigen Betrieb eine allgemeine Verbreitung gestatten sollte. Diese Aufgabe scheint mit folgendem befriedigend gelöst. Der Apparat[1]) besteht aus einem verkleinerten Soxhlet aus Weißblech, dessen Einsatz für sechs Flaschen Raum hat. An Stelle eines siebenten Loches ist ein hoher Hohlzylinder aufgesetzt. Dazu gehört noch ein etwa 8 cm hoher einfacher Blechring (wie ein breiter Serviettenring). Das Ganze ist in eine Kochkiste eingepaßt. Ist die Milchmischung nach Vorschrift hergestellt und in die Fläschchen verteilt, so wird der wassergefüllte Topf auf die Heizung gestellt und zum Kochen gebracht. Kocht das Wasser, so kann, wer Gas sparen will, ihn schon jetzt abnehmen, in die Kochkiste bringen und dort weiter kochen lassen. Hat das Wasser die vorgeschriebene Zeit gekocht, so wird sofort tiefgekühlt. Dies geschieht, indem der Einsatz mit den Flaschen für einen Augenblick herausgenommen, durch den untergelegten „Serviettenring" erhöht wieder eingesetzt und das Ganze unter die Wasserleitung gestellt wird, und zwar so, daß der Hohlzylinder genau unter dem Wasserhahn

[1]) Der Apparat wird von der Firma B. B. Cassel in Frankfurt a. M. hergestellt und zum Preise von 12,50 M. in den Handel gebracht.



steht. Das kalte Leitungswasser läuft durch den Zylinder in den Topf, ohne die heißen Flaschen zu gefährden, dringt zuerst langsam, dann schneller von unten nach oben. Infolge der Erhöhung durch den Ring stehen die Flaschenköpfe jetzt höher als der Topfrand, das Wasser kann überlaufen, ohne in die Flaschen einzudringen. In wenigen Minuten ist genügend gekühlt. Wird nun der Ring wieder herausgenommen, von der Wasserfüllung so viel als nötig abgegossen, der Topf mit dem Deckel verschlossen und rasch in die Kiste eingesetzt, so funktioniert diese jetzt als Kühlkiste, die Milch wird dauernd kühl gehalten. Dem Verf. hat sich die einfache Einrichtung in 2jähriger Praxis gut bewährt. Am wichtigsten ist, daß die Isolierung in der Kochkiste tatsächlich auch niedere Temperaturen hinreichend konstant hält. Verf. hat die Kiste tagelang neben dem Küchenherd stehen lassen, zwischen hinein auch wiederholt kurz geöffnet; um mehr als 2—3° stiegen die eingelegten Thermometer nicht. Ein Stück Eis, in der Kiste neben den Ofen gestellt, hat sich mehrere Tage gut erhalten. Im Apparat sterilisierte und kühl gehaltene Milch hat sich im Sommer durch Wochen konservieren lassen.

(D. m. W. 1914 Nr. 33.)

Erfahrungen mit Jod-Prothämin. Von Dr. Paul Korb. (Aus dem Diakonissen-Krankenhaus „Bethanien" in Liegnitz.) Das Jod-Prothämin (Firma Goedecke & Co., Berlin) wurde von allen Kranken, Erwachsenen wie Kindern, Männern wie Frauen, jederzeit gern genommen und rief nie irgendwelche nennenswerten unangenehmen Beschwerden hervor, wie wir sie sonst bei längerem Gebrauch des Jods leider nur zu oft zu beobachten Gelegenheit haben. Es hat nie auf den Organismus eine schädigende Wirkung ausgeübt, und Verf. glaubt, mit gutem Gewissen das neue Präparat als eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes bezeichnen zu dürfen, das neben dem reinen Prothämin vor allen Dingen in solchen Fällen angezeigt sein dürfte, bei denen man außer einer Hebung des Allgemeinbefindens durch eine Darreichung von Jod für längere Zeit in spezifischer Weise eine Besserung des eigentlichen Krankheitsprozesses erzielen und die so lästigen Nebenwirkungen des Jods vermeiden will.

(D. m. W. 1914 Nr. 38.)

Salvarsaninfusionen bei Scharlach. Von Dr. F. Glaser. (Aus der II. Inneren Abteilung des Auguste Viktoria-Krankenhauses in Berlin-Schöneberg.) Das Salvarsan heilt in vielen Fällen das Scharlachdiphtheroid ab. Auch das Fieber und die Benommenheit werden oft günstig beeinflußt. Auf die toxischen Fälle übte das Mittel keinen Einfluß aus. Die Scharlachkomplikationen wurden nicht verhütet. In über der Hälfte der Fälle traten bei einer Dosierung des Mittels von 0,1 g auf 10 kg Körpergewicht Schüttelfrost, Erbrechen und Durchfall auf.

(D. m. W. 1914 Nr. 38.)

Zur Keuchhustentherapie empfiehlt Dr. Weinberger (Rastatt) folgendes Rezept:

Euchinin	2,0 g	Narcophin	0,12 g
(od. Aristochin)	3,0 „	Bromoform	0,5 „
Antipyrin	4,0 „	Glyzerin	10,0 „
Luminal	0,8 „	Spirit. rectif.	2,0 „

Kandiszuckersirup ad 200 ccm. (Preis: M. 3,20.)

Die Arznei ist wegen des schwerlöslichen Bromoforms und wegen des unlöslichen Euchinins vor Gebrauch umzuschütteln. Man gibt davon 2mal täglich (etwa um 8 Uhr morgens und um 2 Uhr mittags), je nach dem Alter $^1/_2$ bis 1 Kaffeelöffel oder $^1/_2$ bis 1 Eßlöffel (Säuglinge, 1—2jährige, 4jährige bzw. ältere) und endlich zum dritten Male abends die doppelte Dosis (1 Kaffeelöffel bis 2 Eßlöffel). Um den von manchen Kindern anfangs unangenehm empfundenen Nachgeschmack des Bromoforms zu verdecken, kann man sofort nach dem Einnehmen ein Stückchen Schokolade reichen, doch wird dies meist nach kurzer Zeit entbehrlich. Wichtig ist, daß man die Arznei, vom Tage des letzten Hustenanfalles an gerechnet, noch eine, besser zwei Wochen lang fortgibt und dabei in der Dosierung nur langsam heruntergeht, sonst sind Rückfälle unvermeidlich. (Med. Klin. 1914 Nr. 27.)

Ein modifizierter Pirquetscher Mundspatel. Von Dr. A. Levinson. (Aus der k. k. Kinderklinik in Wien.) Der gefensterte Mundspatel aus Nickeldraht von v. Pirquet besitzt vor den gewöhnlichen Spateln den Vorzug, daß man die Schleimhäute der Mundhöhle für Koplik, Stomatitis usw. besser besichtigen kann. Bei



der Inspektion des Rachens und des Zungengrundes der Säuglinge und wenig älterer Kinder wölbt sich aber häufig die Zunge in das Spatelfenster hinein oder schlüpft mit der Spitze ganz hindurch und verhindert die Untersuchung. Um dies unmöglich zu machen, hat Verf. den Spatel modifiziert. Die schmälere Hälfte ist mit einer mittleren Spange versehen, welche ein Vorwölben der Zunge nicht zuläßt. Ein zweiter Nachteil des alten, ungekrümmten Spatels besteht darin, daß sich bei der Untersuchung sein Druck auf den vorderen Teil der Zunge legt, der leichtere Teil der Zunge sich dadurch kontrahiert und den Pharynx verdeckt, so daß man häufig einige Minuten dazu braucht, um einen Blick in den Pharynx zu tun. Aus diesem Grunde hat Verf. eine zweite Änderung angebracht. Das vordere Spatelende ist in einer Länge von ungefähr $1^1/_2$ cm leicht abgebogen. Diese Biegung paßt sich der Umbiegungsstelle des Zungengrundes an und gestattet ohne große Gewalt und ohne den Spatel mit dem vorderen Ende zu senken, die Zunge nach vorne zu drücken; alsdann kann man mit Leichtigkeit nicht nur Zungengrund und Pharynxwand, sondern auch die Epiglottis überblicken, was z. B. bei Diphtherie und anderen Infektionskrankheiten von großer Wichtigkeit ist. Der modifizierte Spatel ist erhältlich bei Carl Reiner & Lieberknecht, Wien IX, Mariannengasse 17. (M. m. W. 1914 Nr. 26.)

Sozojodol-Natrium bei Diphtherie wendet Dr. G. Friedländer (Berlin) seit 10 Jahren (über 800 Fälle) an (ohne Serum!) und erzielte beste Erfolge. 3—5mal täglich Einblasungen. Auch prophylaktische Erfolge!

(Allg. m. Ztg. 1914 Nr. 36.)

Pantopon hat Dr. B. Haake (Berlin) bei Keuchhusten mit bestem Erfolge angewandt, namentlich in Form des gutschmeckenden Pantoponsirups. Ebensogut wirkte das Mittel bei anderen Hustenerkrankungen, wo man es, bei mangelnder Expektoration, mit einem Expectorans kombinieren kann, z. B.:

Infus. Ipecac. 0,3:130,0	Ammon. chlorat. 4,0	Liq. ammon. anis. 5,0
Pantopon 0,05	Tartar. stib. 0,05	Aq. dest. 175,0
Liq. Ammon. anis. 3,0	Pantopon. 0,05—0,1	Pantopon. 0,05—0,1
Sirup. simpl. 20,0	Succ. Liquir. 5,0	Sir. simpl. ad 200,0
M. D. S. 3stündl. 1 Teel.	Aq. dest. ad 200,0	M.D.S Umschütteln!
	M. D. S. 2—3stündl. 1 Tee- bis Kaffeel.	3—6mal tägl. 1 Tee- bis Kaffel.

(M. Kl. 1914 Nr. 34.)

IV. Neue Bücher.

Brüning und Schwalbe. **Handbuch der Allgemeinen Pathologie und der Pathologischen Anatomie des Kindesalters.** Wiesbaden. J. F. Bergmann. Bd. I. Abteil. 2. (Preis: M. 27.)

Der Schlußteil des I. Bandes dieses hochbedeutenden Werkes enthält ein Kapitel über vergleichende Pathologie, wie es in dieser Form noch nicht existiert: „Krankheiten junger Tiere im Vergleich mit den menschlichen Kinderkrankheiten“, von J. Jost und M. Koch, das allein genügte, um dem Buche den Stempel des Außerordentlichen aufzudrücken. Aber auch die anderen Kapitel bringen hervorragende Arbeiten. Tobler verbreitet sich über „Krankheiten durch abnormen Ablauf der Ernährungsvorgänge und des Stoffwechsels“, H. Merkel über „Gerichtsärztliche Gesichtspunkte und Verfahren bei der Beurteilung der Leichen von Neugeborenen und Kindern“, H. Brüning schildert die „Krankheiten der Kinder in außereuropäischen Ländern“. 139 Figuren im Text und 1 Tafel sind sehr instruktiv und tragen dazu bei, den Wert des Werkes zu erhöhen. — Die Arbeit von Tobler ist unter dem Titel: „Allgemeine Pathologische Physiologie der Ernährung und des Stoffwechsels im Kindesalter“ als Separatband (Preis: M. 10) erschienen, so daß derjenige, den nur dieses Gebiet interessiert, Gelegenheit hat, diesen Teil allein sich anzuschaffen. Es ist aber jedem Kinderarzt zu empfehlen, sich in den Besitz des ganzen Handbuches zu setzen, das, wie gesagt, Hervorragendes bietet.

Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Chose, E., Einfluß durchgemachter Rachitis auf die Körpermaße von Schulkindern (München). — **Dienemann, R.,** Kaptitis im Kindesalter (Halle). — **Dikanski, M.,** Einfluß der sozialen Lage auf die Körpermaße von Schulkindern (München). — **Dütschke, H.,** Der Impfzwang (Greifswald). — **Ernwein, L.,** Zur Frage der Dauerresultate bei klinisch behandelten Säuglingen (Freiburg). — **Gadowski, H.,** Neue Fälle von Hydrophthalmus congenitus (Heidelberg). — **Gickler, H.,** Latente Herdsymptome in ihrer Bedeutung für die Epilepsie (Halle). — **Goldwasser, J.,** Augenverletzungen bei der Geburt und besonders bei der Zangenoperation (München). — **Grinbarg, A.,** Mißbildung der Finger und Zehen (München). — **Grabert, E.,** Ein Dolichozephalus mit Hydrozephalie und Spina bifida (Greifswald). — **Homerczyk, Th.,** Sind die „Nebenträger“ der Diphtheriebazillen für die Verbreitung der Diphtherie bedeutungslos? (Greifswald). — **Kowitz, H. L.,** Intrakranielle Blutungen und Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna bei Neugeborenen und Säuglingen (Kiel). — **Leichtentritt, B.,** Erfahrungen über die nach dem Verfahren von Engel hergestellte Eiweißmilch (Bonn). — **Link, G.,** Hydrops congenitus bei fötaler Thrombose (Freiburg). — **Matusiewicz, J.,** Körperlängen-Körpergewichtsindex bei Münchener Schulkindern (München). — **Mielke, F.,** Spitzendämpfung im Kindesalter (Göttingen). — **Nahmacher, W.,** Erfolge der Eiweißmilchbehandlung im Heinrich-Kinder-Hospital (Kiel). — **Noack, F.,** Übergang der mütterlichen Scheidenkeime auf das Kind während der Geburt (Halle). — **Rhodovi, G.,** Conradis elektive Ausschüttelung der Diphtheriebakterien mit Kohlenwasserstoffen (Kiel). — **Salomon, H.,** Fall von Luxatio capituli radii ant. congen. mit pathologischem Cubitus valgus (Berlin). — **Schackwitz, A.,** Wasserstoffionenkonzentrationen im Ausgeheberten des Säuglingsmagens (Kiel). — **Schmidt, R.,** Weitere Untersuchungen über Fermente im Darminhalt und Mageninhalt menschlicher Föten und Neugeborener (München). — **Schmitt, A.,** Zur Klinik und Pathologie der angeborenen Riesenwüchse (Kiel). — **Schuster, O. H.,** Dementia paralytica im jugendlichen Lebensalter (Kiel). — **Schute, R.,** Nabelschnurbruch bei Neugeborenen (Bonn). — **Strumpf, P.,** Neue Modifikation der v. Pirquetschen Hautreaktion (Halle). — **Takahashi, K.,** Uteruskarzinom im jugendlichen Alter (München). — **Venger, G.,** Versuche über Aufmerksamkeitsstörungen bei Chorea minor (Berlin). — **Völker, A.,** Zur Kenntnis der Chondrodystrophia foetalis (Leipzig). — **Voges, R.,** Intrakranielle Blutungen des Neugeborenen (Tübingen). — **Wiegand, A.,** Pneumonie im Kindesalter (Halle). — **Willrich, G.,** Das Blutbild bei Diphtherie als Hilfsmittel für Diagnose und Prognose (Freiburg). — **Zimmermann, H.,** Zur Kenntnis der Ätiologie und Therapie der Vereiterung der Kornea bei und nach Masern (Berlin).

V. Monats-Chronik.

Berlin. Schulzahnpflege. Das Komitee Groß-Berlin für Zahnpflege in den Schulen beschloß, daß den Volksschulkindern, deren Väter zum Kriege eingezogen sind, auch die Auslagen für die Behandlung beim Füllen der Zähne erlassen werden können. Der Betrieb soll in allen Kliniken aufrecht erhalten werden.

— Durch Ministerialerlaß werden die Regierungspräsidenten ersucht, darauf hinzuwirken, daß der Betrieb sämtlicher Säuglingsheime, -fürsorgestellen, Krippen und ähnlicher Wohlfahrtseinrichtungen nach Möglichkeit aufrecht erhalten wird. Auch hinsichtlich der Entbindungsanstalten sollen gleichartige Maßnahmen in Erwägung gezogen werden.

Frankfurt a. M. Prof. Dr. v. Mettenheimer zum a. o. Prof. ernannt.



Namenverzeichnis des 19. Jahrganges.

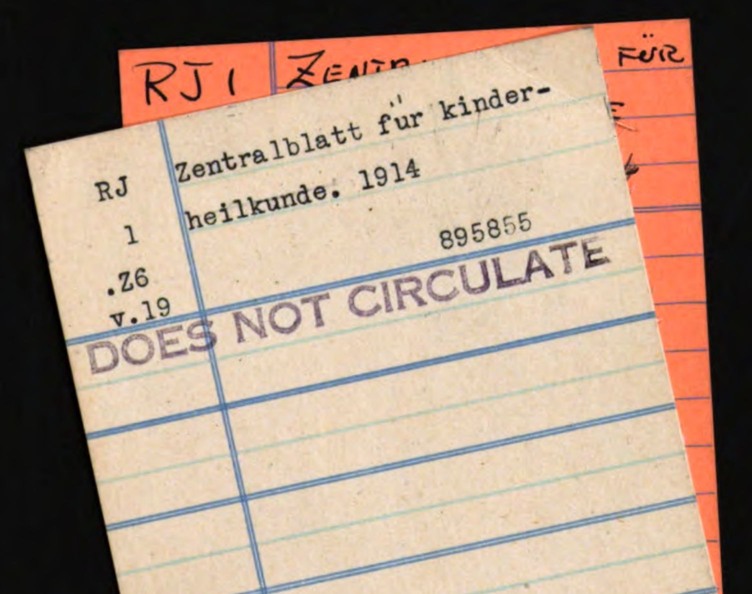
Sachverzeichnis des 19. Jahrganges.



Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.






RJ 1
Zentralblatt für kinder-
heilkunde. 1914
RJ
1
.Z6
v.19
895855
DOES NOT CIRCULATE


UNIVERSITY OF CHICAGO
79 870 545